
W 397
582

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

„ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ—ДЕЛО САМИХ ТРУДЯЩИХСЯ“

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
НА ДОНУ
ПРЕЖДЕ И ТЕПЕРЬ

МАТЕРИАЛЫ
ПО ВОПРОСАМ СТРОИТЕЛЬСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИЗДАНИЕ
ДОМА САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ
ДОНСКОГО ОКРУЖНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
1926

СОДЕРЖАНИЕ.

Книга имеет:

...печатных листов	Выпуск	В переплетн. един. соедин. №№ вып.	Таблиц	Карт	Иллюстр.	Служебн. №	Наклад и списка
8			1 оп.			12	~~464~~ 122

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ.

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать
32	7 сверху	пунктов	пунктах
61	20 снизу	учрождениями	учреждениями
65	20 сверху	звязи	связи

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

„ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ—ДЕЛО САМИХ ТРУДЯЩИХСЯ"

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА ДОНУ ПРЕЖДЕ И ТЕПЕРЬ

МАТЕРИАЛЫ
ПО ВОПРОСАМ СТРОИТЕЛЬСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ИЗДАНИЕ
ДОМА САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ
ДОНСКОГО ОКРУЖНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
1926 г.







Донокрлит 5535. Заказ 2731. Тираж 2000.

Восьмому Донскому С'езду Советов рабочих, крестьянских, казачьих и красноармейских депутатов.

Выпуская настоящий сборник, Донской Окружной Отдел Здравоохранения имеет целью возможно ближе ознакомить делегатов с'езда с фактическим материалом (трудно запоминаемым при устном докладе), освещающим общее направление деятельности Здравотдела, важнейшие достижения и пути дальнейшего строительства в области охраны здоровья городского и сельского населения округа.

Помимо помещенного в сборнике ценного руководящего материала (постановление XII Всероссийского С'езда Советов по докладу Наркомздрава, декреты Совнаркома и инструкции Центральных Наркоматов по вопросам здравоохранения), Донским здравотделом впервые публикуются сведения об организации медицинской помощи на Дону в дореволюционное время, а также данные выборочных обследований, касающихся современных социально-гигиенических условий труда и быта различных слоев городского и сельского населения. Несомненно, большого общественного интереса заслуживают результаты обследования жилищных условий Ростовских рабочих, состояния здоровья нашей рабочей молодежи, степени пораженности отдельных сельских местностей округа малярией, трахомой и т. п.

Особое место уделено в сборнике вопросам организации общественной санитарной самодеятельности населения.

Стремясь к наиболее доступной для широких масс форме изложения, Донской Отдел Здравоохранения преследовал основную цель: дать ключ к уяснению назревших задач и намечению наиболее правильного пути для успешного приложения творческой инициативы трудящихся в деле охраны здоровья рабочего, крестьянина и казака. Ибо наш основной лозунг, лозунг Советской медицины:

„Охрана здоровья трудящихся—дело самих трудящихся!".

Заведующий Донским Отделом
Здравоохранения *Н. Нюрин.*

Ростов на Дону,
Май 1926 г.

„Необходимо создать такой строй, при котором значительная часть страданий, выпадающих на долю человека, отпала. От этого зависит судьба нового строя.

Ну, теперь врачи могут ли принять в этом участие или нет? Конечно, могут, ибо к тем экономическим страданиям, которые переносит человечество в буржуазном обществе, где неравенство—богатство и нищета—гуляют открыто по улице, ко всему этому прибавляется болезнь...

Конечно, работа врача является одним из больших ручейков общей коммунистической работы".

М. И. КАЛИНИН.

(Из речи на I-м Всесоюзном с'езде участковых врачей).

„Нигде судьба народа не зависит в такой степени от его здоровья, как у нас, именно потому, что мы—народ отсталый. У нас механический рабочий, т. е. машина, играет по отношению к живому рабочему несравненно меньшую роль, чем в других странах. В Америке, за каждым гражданином, хотя бы он сосал еще материнскую грудь, стоит 40 механических рабочих, а у нас, за спиной советского гражданина, стоит едва ли один механический рабочий. Вот пока что узкий предел наших материальных ресурсов. Стало быть наша страна будет подниматься вверх еще в значительной мере благодаря физической силе живого рабочего. Эту физическую силу надо поднять, охранить, развить, укрепить. Надо обновить основной человеческий инвентарь Союза Советских Республик".

Л. Д. ТРОЦКИЙ.

(Из речи на I-м Всесоюзном с'езде участковых врачей).

Здравоохранение на Дону прежде и теперь.

Тяжелое наследство досталось советской медицине от времен царского режима; велика оказалась разруха в деле народного здравоохранения после кровопролитной империалистической бойни, после долгих лет упорной и жестокой гражданской войны, после пережитых Доном ужасов голода 1921 года. На обломках Донской военщины, в огне истребительных эпидемий стала строиться новая **советская медицина**. И, несмотря на все эти исключительно неблагоприятные условия, организация народного здравоохранения на Дону не только восстановлена, но далеко превзошла довоенный уровень развития. Больше того: медико-санитарная организация в нашем округе далеко опередила много губерний Советского Союза, где в старое время существовало земство, где не так велика была разрушительная сила войны и голода.

I. Как было при царе?

Запрещение земства. Особенности войсковой медицины.

Отличительной особенностью медицинской организации на Дону было полное устранение общественной самодеятельности населения в деле народного здравоохранения. Земские учреждения, установленные в Донской области в 1876 году, просуществовали всего лишь 6 лет.

По словам бытописателя Донской области А. М. Грекова,—„за короткий период существования в земских учреждениях области успели поработать передовые, лучшие люди, цвет Донской земли, желавшие искренне принести пользу краю“. Однако, вся беда была, повидимому, именно в том, что царская власть особенно опасалась „крамолы“ передовых общественных деятелей, истинных выразителей народных нужд. Вот почему был издан 24 марта 1882 года царский приказ о запрещении земства и об установлении **войсковой медицины** под начальством наказного атамана войска Донского.

Войсковое правительство позаботилось, конечно, о том, чтобы вытравить всякую попытку влияния населения на деятельность медицинских учреждений. Даже в так называемых

„больничных комитетах“ совершенно исключено было представительство от гражданского населения. Согласно изданному положению, „в каждой из окружных больниц организованы больничные комитеты под председательством окружного атамана, из окружного воинского начальника, врача больницы и смотрителя оной“.

Пытаясь всячески замкнуться в военную скорлупу, войсковое начальство было особенно озабочено подбором „верноподданного“ состава медицинского персонала, не исключая и низших служащих. Так, например, в положении о штате областной больницы предусмотрена должность „смотрительницы за бельем“, при чем специально оговорено:

> „место сие предпочтительно могут занимать бедные вдовы унтер-офицеров, урядников и казаков по свидетельствам местного начальства о их поведении“.....

Немудрено, что в этих условиях немного было добровольцев из врачей, желавших служить под начальством атаманов. К тому же—пишет д-р Норкин:[1])—„не один земский врач Донского войска живо представлял себе земского врача соседней губернии Свищева, замерзшего по дороге к больному“. По свидетельству того же автора „за последние четыре года (т. е. за 1905—1909 г. г.) $^1/_7$ **врачебных вакансий пустовала**“. О заполнении же участков врачами войсковое начальство заботилось мало, а стипендиатов (то есть обучавшихся на казенный счет) посылало на службу в регулярные войска. Насколько **низка была квалификация** (качество) **медицинской помощи,** можно судить по тому, что из 179 фельдшеров, всего служивших в Донской области, только 29 было со школьной подготовкой.

Сельская медицинская сеть.

Что же из себя представляла войсковая медицинская организация? Положением военного совета, утвержденным царским приказом от 19 октября 1907 года, постановлено:

„Взамен существующей организации сельско-врачебной сети в области, содержимой на земские средства, содержать 60 участковых врачей, 60 фельдшериц-акушерок, 69 фельдшеров, 9 окружных больниц (на 15 кроватей каждая), 51 приемный покой (на 5 кроватей каждый) и 2 врачей для командировок“.

По имеющимся у нас официальным данным [2]), во всей области в 1910 году существовало только 34 сельских участка и 90 самостоятельных фельдшерских пунктов; во всех сель-

---

[1]) „Труды Областного Противохолерного С'езда врачей области войска Донского“ Юрьев 1910 г., стр. 230.

[2]) См. отчет: „Областной С'езд Юга России по борьбе и эпидемиями“. Харьков 1910 г. стр. 237.

ских больницах было развернуто 188 коек и одно заразное отделение на 5 коек.

Чтобы судить, насколько недостаточна была эта сельская медицинская сеть, следует указать, что область войска Донского (без городов) насчитывала в то время до трех миллионов жителей, расселенных на огромной площади около полутораста тысяч квадратных верст.

В среднем врачебный участок обслуживал площадь свыше 4200 кв. верст. На одного врача приходилось около 80 тысяч жителей, на одну койку—14.455 жителей.

Оспопрививание. Борьба с оспенными эпидемиями в Донской области проводилась на основе „особых правил об оспопрививании". Приводим несколько извлечений из этих „правил":

„Станицы, улусы и волости обязываются иметь определенное число оспопрививателей, а потому снабжение всех населенных местностей области оспопрививателями возлагается на попечение самих обществ, на усмотрение которых предоставляется иметь оспопрививателей наемных или представлять для обучения оспопрививанию в областную и в окружные больницы кого-либо из своих граждан, по добровольному с ним соглашению".

„Станичные и улусные оспопрививатели жалованья не получают".

„За отличное исполнение своей обязанности и усердие к своему делу станичные и сотенные оспопрививатели могут быть, по представлению областного врачебного инспектора, награждаемы званием урядника и медалями".

„Местные уездная и городская полиции и уездные и городские врачи обязаны внушать о непременном прививании детям предохранительной оспы и при исполнении сего содействовать оспопрививателям всеми зависящими от них способами"...

„Пояснение народу пользы, происходящей от прививания предохранительной оспы, возлагается, независимо от внушения полиции, на приходских священников".

Таким образом: 1) дело **оспопрививания вверялось лицам без всякого медицинского образования;** 2) вместо санитарно-просветительной работы среди населения, **применялись полицейские меры внушения и поповская проповедь.** По поводу столь неудовлетворительной постановки дела оспопрививания весьма образно высказался один из участников Донского врачебного с‘езда (1909 г.), д-р Татаркин.

„Конечно, с помощью жандарма с одной стороны и страхом ада—с другой, можно сильно влиять на людей, но тщетна надежда побороть этими средствами человеческие пороки".

Что же касается работы самих оспопрививателей, то он заявил:

„Лучше детей предоставить на жертву оспенных эпидемий, чем оставить на произвол наших невежественных оспенников, подвергать детей случайности заражения сифилисом, бугорчаткой, острыми сыпями и другими заразительными болезнями“.

Санитарно-эпидемическое состояние Донской обл.

Организацией предохранительных прививок против оспы и исчерпывались, пожалуй, все профилактические (общеоздоровительные) мероприятия войскового правительства. В области не существовало никаких санитарно-профилактических учреждений. Войсковая власть не озаботилась даже организацией необходимейших санитарных установок в областном центре—г. Новочеркасске. Докладчик на вышеупомянутом с‘езде, д-р Вейс так описал санитарное состояние города:

„Окраинное население живет среди грязи, гнили и дышет тяжелым отвратительным воздухом. Хронический (постоянный) недостаток в воде, особенно в летнее жаркое время, отсутствие всякой канализации, неурегулированное ассенизационное дело, близость свалок нечистот и отбросов от города и реки Тузлова, примитивное (первобытное) их закапывание с разбрасыванием иногда наружу и зловонием, отвратительные старые бойни, наконец, зародышевое состояние врачебно-санитарной организации—все это указывает на то, что мы совершенно игнорируем (оставляем без внимания) самые скромные требования гигиены, отстали от других многих губернских городов в культурно-санитарном отношении“.

Об‘ясняется это тем, что правительство тратило на санитарные нужды жалкие гроши. По данным Главного Врачебного Инспектора, за 1914 г. из войсковой казны было отпущено из общих ассигнований на здравоохранение всего лишь 2% на нужды санитарии. Где уж тут было думать о санитарной охране почвы, жилищ, водоснабжения, пищи; еще менее—об охране материнства и младенчества, о борьбе с социальными болезнями и т. п.

А между тем область издавна была крайне неблагополучна в эпидемическом отношении, большое распространение имели социальные болезни (в частности, сифилис). Дон отличался огромной смертностью детей.

Установлено, что Донская область на протяжении десятков лет завоевала „незавидную честь занимать первое место по количеству жертв, приносимых **холере**“.

За 1892-95 годы в области умерло от холеры около 20 тыс. человек; в 1907 году эпидемическая вспышка дала 408 холерных заболеваний, в 1908 году—свыше трех тысяч холерных случаев [1]).

---

[1]) По материалам Донского противохолерного с‘езда (1909 г.).

Малярийных заболеваний (за 1910-1913 г.г.) ежегодно регистрировалось от 110 до 126 тысяч, что составляло 320—390 заболеваний на каждые 10 тыс. жителей.

Больных **брюшным тифом** зарегистрировано в 1910 г. 6677 чел., что составляет 20,6 заболеваний на каждые 10.000 жителей—почти столько же, сколько приходилось этих больных на Дону в голодном 1922 году.

Сыпным и возвратным тифом из года в год насчитывалось от 3.000 до 4.500 чел. больных[1]).

По данным Главного Врачебного Инспектора за 1914 г. больных **сифилисом** приходилось около 80 на каждые 10 тыс. жителей.

Детская смертность определяется следующими жуткими цифрами (по данным профессора Гундобина):

„Донская область ежегодно теряет грудных детей (до 1 года) 26 тысяч; в возрасте до 5 лет—48 тыс., до 15-ти—60,000 тыс.

Кто имел право на медицинскую помощь?

Разумеется, войсковая медицинская организация меньше всего была расчитана на обслуживание широких слоев сельского населения. На основании положения Военного Совета от 16 мая 1869 г. (предусмотрено позднее врачебно-санитарным законодательством 1908 г.), право на медицинскую помощь, предоставлялось исключительно лицам „войскового звания“.

В положении говорится:

> „Право на помещение больных в областных и окружных больницах предоставляется исключительно лицам, собственно к войску принадлежащим.
>
> ...Если в больницах будут оставаться от уменьшения больных праздные места, то, по требованию областного правления, могут быть принимаемы в оные и другого звания бедные люди, с тем, однако, чтобы врачевание и содержание их производилось за счет земских сумм или их самих, и чтобы сия временная помощь ни в каком случае не могла стеснять тех, которые имеют на оную полное право“.

Нечего и говорить, что санаторно-курортная помощь на Маныческо-Грузской санитарной станции предназначалась исключительно для военщины.

Особенно обездоленными в отношении медицинской помощи оказывались женщины. В окружных больницах с 1890 года было открыто 15 женских коек „специально для пользования от сифилитических болезней“. В 1908 г. раз-

---

[1]) Сведения о заболеваниях малярией и тифами взяты из отчетов Главного Врачебного Инспектора за 1910-1913 годы.

решено развернуть „для платных больных не более 10 кроватей в женском отделении Донской областной больницы“.

Таким образом, необходимейшей лечебной помощи было совершенно лишено все женское население, а также мужское крестьянское. Но и огромная масса казачьего населения оставалась без медицинского обслуживания.

Сколько расходовалось на нужды здравоохранения?

Войсковое правительство отпускало на нужды здравоохранения гораздо меньше средств, нежели другие губернии. Интересно по этому поводу сообщение доктора Норкина на собрании Общества Донских врачей 19 февраля 1905 года:

> „В Московской губернии расход на медицину составляет 25—30% всех расходов, в нашей области—4% расходного бюджета“.

По данным отчета Управления Главного Врачебного Инспектора за 1914 год, из войсковых средств (исключая поступления от благотворительных и других организаций) на нужды здравоохранения отпущено:

1. Для Ростовского н-Д. Градоначальства 463 тыс. р.
2. Для округов Донской области . . . 923 тыс. р.

Что составляет **на одного жителя** в год:

1. По г. Ростову (при 228 тыс. жителей) 2 р. 03 к.;
2. По округам (при 3446 тыс. жителей) — 27 к.;
3. В среднем по Донской области (при 3674 тыс. жителей) . . . . — 38 к.

Столь пренебрежительное отношение Донского начальства к насущнейшим нуждам населения в медицинской помощи не могло не вызывать даже среди очень благонамеренных людей старого времени открытого протеста и возмущения. Вот что об этом писал А. М. Греков:

> „Кто знает во сколько войску обходится каждая выращенная на зимовниковских участках кавалерийская лошадь, тот поймет, что самопожертвование наше на благо кавалерии слишком уже велико. Добавлю—жертвование здоровьем и жизнью жен и детей, отцов и матерей. Коннозаводские степи, заарендованные по рыночной цене, дадут возможность завтра же открыть в Новочеркасске Медицинский Институт... Могли бы содержать целые университеты“...

II. Эпоха империалистической и гражданской войны.

Развал медицинской организации.

Однако, в условиях самодержавного войскового режима на Дону, где подавлялось малейшее пробуждение народной мысли, нельзя было и думать о перестройке медицинской организации на началах широкой общественности и обще-

доступности врачебной помощи, ни об осуществлении в какой-либо степени общеоздоровительных (профилактических) мероприятий.

Разразившаяся Европейская империалистическая война больно ударила по слабой „приказной медицине“.

Разбушевавшаяся по станицам Донской области буря гражданской войны вконец развалила сельскую сеть медицинских участков. Да и можно-ли было всерьез приступать к претворению в жизнь идеалов советской медицины, когда ценой безмерных лишений гражданского населения надо было бросать все силы и средства на борьбу с эпидемиями вшивых тифов, на отражение белогвардейских банд, на отпор иноземным империалистам.

„Либо вошь победит социализм, либо социализм победит вошь“—вот лозунг, провозглашенный на VII Всероссийском С‘езде Советов В. И. Лениным.

„Все на оборону социалистического отечества“—вот что определяло направление и содержание работы всех органов Советской власти, вот куда были устремлены усилия огромных масс трудящихся города и деревни. Лучшие лечебные заведения, самое ценное медицинское имущество, наиболее преданный советскому строю медицинский персонал были брошены на обслуживание красной армии.

Яркую картину неслыханно тяжелого положения, в котором оказалось гражданское население Донской области, дал доктор Еланчик в своем докладе Северо-Кавказскому Краевому С‘езду здравоохранения (июнь 1920 г.):

...„Несколько десятков оборудованных больничных коек и около 30 врачей, застрявших в разных пунктах—вот все, что оказалось в области к моменту начала строительства советской медицины. Врачи, потерявшие связь с центром, лишенные каких-либо средств для оказания рациональной врачебной помощи в медицинских организациях, врачи, материально совершенно необеспеченные, большею частью фактически бросили общественную работу и перешли на роль вольно-практикующих медицинских работников. Рядом с бездействующей врачебной амбулаторией появилась медицинская лавочка, где население за деньги могло получать и врачебный совет и лекарство. Полная разруха общественной медицинской организации, крайний недостаток даже во врачебных лавочках, с одной стороны, и колоссальная потребность населения в лечебной помощи—с другой, особенно в виду необычайного развития эпидемий сыпного и возвратного тифа, заставляли население обращаться к помощи таких лекарей, как ротные фельдшера военного времени. Пышно расцвели ротный фельдшеризм и знахарство“.

III. Начало строительства советской медицины.

Основы советской медицины. При таких необычайно трудных условиях было приступлено к строительству советской медицины. Предстояла коренная перестройка войсковой медицинской сети. Необходимо было об'единить распыленные между различными ведомствами и организациями учреждения Здравоохранения (лечебно-санитарные учреждения городских управ, тюремные больницы, фабрично-заводские амбулатории, больницы и патронаты различных благотворительных обществ: „Красного креста", „лиги по борьбе с туберкулезом" и др.). Необходимо было осуществить национализацию аптек и проч.

„Единство советской медицины"—вот лучшая организационная форма планомерного обеспечения медицинской помощью широких трудовых масс. лучшая гарантия правильного руководства деятельностью ряда ведомств (в частности, органов коммунального хозяйства) в деле санитарного благоустройства населенных мест, водоканализационных сооружений, скотобоен и т. д.

Разумеется, старорежимная система подлечивания исключительно привиллегированного войскового сословия оказалась в вопиющем противоречии со всей политикой рабоче-крестьянской власти, озабоченной наиболее полным обслуживанием трудящихся города и деревни.

Первоочередной задачей советской медицины было установление **бесплатности и общедоступности медицинской помощи**. К тому же безотлагательная необходимость проведения в жизнь этих начал диктовалась интересами всемерного **предупреждения заболеваемости** среди населения. Было-бы совершенно безрассудно ограничивать бесплатный прием больных в амбулатории, помещение на больничную койку в такое время, когда по всей области свирепствовали эпидемии холеры и вшивых тифов, когда успех противоэпидемической борьбы зависел прежде всего от быстрейшего установления заразных очагов, от скорейшей изоляции (отделения от здоровых) больных в госпиталях.

Необходимо было всемерно добиваться **приближения медицинской помощи к населению:** в городах—путем планомерного распределения по городским районам медико-санитарной сети (амбулаторий, аптек и проч.); в сельских местностях—путем возможного расширения сети врачебных участков При этом важно было обеспечить наиболее **квалифицированную медицинскую помощь**, т.-е. качественное улучшение медицинского обслуживания населения. В городах это достигалось, между прочим, организацией спец-

амбулаторий (т.-е. установлением приема больных врачами-специалистами по отдельным отраслям лечебной медицины: по внутренним болезням, по хирургии, по нервным, по женским болезням, по болезням уха, горла, носа, зубов и проч.). Само собою разумеется, что возникновение указанных учреждений в рабочих районах делало ненужным существование фабрично-заводских амбулаторий, где обычно на одного врача возлагалось оказание всех видов медицинской помощи.

В деревнях повышение качества медицинской помощи обусловливалось усилением сельских медицинских участков врачами (превращение самостоятельных фельдшерских пунктов во врачебно-амбулаторные и больничные участки), организацией акушерской помощи, улучшением медицинского оборудования участков и проч.

Совершенно очевидно, что именно трудящиеся наиболее подвержены массовым заболеваниям,—стало-быть, в интересах советской медицины направить все усилия на устранение неблагоприятных условий труда и быта, порождающих болезни. **„Легче предупредить заболевание, чем лечить заболевшего“**. Вот почему в основу всей деятельности Донского здравотдела были положены мероприятия по изучению причин возникновения распространения болезней, по обеспечению надлежащего санитарного надзора, по поднятию санитарной культуры и привлечению широких масс населения к санитарной самодеятельности.

Практическое осуществление указанных мероприятий было связано с созданием мощной санитарно-профилактической организации и сети специальных учреждений по борьбе с эпидемиями и с наиболее распространенными среди трудящихся социально-бытовыми заболеваниями (туберкулез, сифилис, трахома и др.), по охране материнства, младенчества, детства и т. п. Насаждаются учреждения нового типа—**диспансеры**, в задачи которых входит не только оказание высоко-квалифицированной лечебной помощи, но и широкая обследовательская и санитарно-просветительная работа, проведение общеоздоровительных мероприятий на фабрике, в учреждении, в домашнем быту рабочего и крестьянина. Во весь рост встает задача **диспансеризации лечебной помощи**, то есть придание всем лечебным учреждениям характера работы диспансеров путем установления длительного наблюдения за больным, постоянной связи с фабрично-заводскими предприятиями, с общественными, профессиональными и др. организациями.

Профилактическое направление советской медицины связано и с изменением характера работы сельского врачеб-

ного участка. Из лечебного пункта врачебный участок превращается в „**здравпункт**“,—центр борьбы за оздоровление крестьянства. В частности, на врачебный участок возлагается санитарно-просветительная работа среди населения и проведение санитарно-предупредительных мер (санитарный надзор за состоянием базаров, колодцев, школ и общественных учреждений; оспопрививание и др.). Кроме того, врачебный участок об'единяет работу профилактических учреждений на селе, по мере их возникновения (консультации, ясли, венерологические пункты, эпидемические отряды и пр.).

IV. Период государственного снабжения медико-санитарных учреждений.

Уже к началу 1921 года мы имели в округах области сеть медицинских участков, возросшую почти вдвое против довоенной. В городах и окружных центрах Области выросла никогда ранее не существовавшая сеть по охране материнства и младенчества из 35 учреждений (ясель, консультаций, молочных кухон). Широко развернулась в городах области (особенно в Ростове) школьно-санитарная организация. Исключительного напряжения и развития получила санитарно-эпидемическая деятельность областного и окружных здравотделов.

Новая организация строилась на началах финансирования из Центра, в порядке централизованного государственного снабжения учреждений продовольствием, медикаментами и хозяйственным инвентарем. При выработке плана развертывания городских учреждений здравоохранения и сельской медицинской сети принимались во внимание в первую очередь нужды населения, которые были тем более вопиющи, чем сильней сказывались ужасные последствия войны. К сожалению, этот широкий размах государственного строительства здравоохранения, при отсутствии тогда твердого местного бюджета, в условиях нерегулярного поступления средств из центра, не имел под собою твердой почвы. Стихийно возникшая медицинская сеть не представляла из себя ничего фундаментального,—это были только вехи для будущего развития.

V. Здравоохранение в условиях перехода к новой экономической политике.

Переход Советского Союза на начала новой экономической политики был связан с прекращением государственного снабжения мест из Центра. Местный бюджет оказался слишком слаб, чтобы удержать полностью не в меру разрос-

шуюся организацию здравоохранения. Положение усугублялось обрушившимся на Донскую область тяжелым народным бедствием—недородом и с неизменными спутниками голода—эпидемическими болезнями. Это было самое тяжелое время для молодой, не пустившей еще глубоких корней в толщу народных масс, советской медицины на Дону. Не только в округах, но и в областном центре медицинский персонал оставался месяцами без жалования, началось свертывание сети. В поисках выхода из острого кризиса с разных сторон раздавались голоса о необходимости пересмотра принципов советской медицины. Выдвигались проекты введения платности за медицинскую помощь, перевода отдельных лечебных заведений на хозяйственный расчет, передачи отдельных отраслей санитарно-профилактической организации другим ведомствам, сдачи аптек в аренду и т. п. Однако, Донской здравотдел приложил все усилия к сохранению единства советской медицины, к обеспечению бесплатности и общедоступности медицинской помощи. Следует, между прочим, подчеркнуть, что в отличие от большинства крупных городских центров Советского Союза, в г. Ростове сохранилась монополия аптечного дела, целиком сосредоточенного в руках отдела здравоохранения.

В округах Донобласти этот переход на рельсы НЭП'а оказался более болезненным. Стихийно стали закрываться больницы при врачебных участках, реорганизованных большей частью в амбулатории; в отдельных округах ликвидированы зубоврачебные кабинеты. Были случаи полной ликвидации медицинских учреждений с использованием инвентаря для других надобностей. Особенно больно ударила нужда по недавно народившейся, неокрепшей сети профилактических учреждений. Из 35 учреждений по охране материнства и младенчества осталось в 1922 г. всего лишь 25, при чем преимущественно закрытых патронатов для призрения грудников-подкидышей. Почти вдвое сократился состав школьно-санитарной организации.

Волна сокращений приостановилась лишь к началу 1923 года. К этому времени выяснились результаты закончившейся полосы перестроек, свертывания сети и сокращений штатов.

IV-й Областной Медико-Санитарный С'езд подытожил эти результаты и, твердо взвесив реальные возможности бюджета, в программу ближайшего года деятельности здравотделов области положил, как основу, сохранение и укрепление уцелевшей сети. Сельская медицинская организация представляла довольно безотрадную картину. Не менее 20% врачебных участков не были замещены врачами, помеще-

ния больниц нуждались в капитальном ремонте, инвентарь сильно износился. С'езд наметил к восстановлению 71 врачебный участок, из них лишь 18 больничных с общим числом коек—225. С'езд обратил особое внимание на необходимость обеспечения в первую очередь нормальной деятельности медицинских учреждений в окружных центрах.

VI. Развитие медико-санитарной организации в условиях НЭП'а.

Установление твердой материальной базы в областном бюджете, постепенное укрепление волостных бюджетов сказалось, конечно, в неуклонном росте медико-санитарной организации в округе. Правда, в работе значительного числа сельских участков на протяжении 1923 года наблюдались еще перебои в работе, правда, приходилось еще в известной степени жить на средства филантропических организаций („Ара“), однако, самый факт возложения на ВИК'и ответственности за состояние сельских участков создал благоприятные условия для развития низовой медицинской организации.

1923 год—первый год работы в условиях окрепшего местного бюджета—был в то же время годом безошибочной проверки жизнеспособности и жизнедеятельности советской организации здравоохранения.

Достаточно указать на быстрые и разительные успехи в деле борьбы с эпидемиями, чтобы убедиться в исключительной плодотворности методов советской медицины, обеспечивших единое руководство и согласованность деятельности других ведомств (в частности, органов коммунального хозяйства), а также широкое привлечение трудящихся к санитарной самодеятельности (санитарные советы) и насаждение санитарно-гигиенических знаний среди населения. Приведем несколько сравнительных цифр о движении эпидемических заболеваний за 1922 и 1923 г.; эти данные сами за себя говорят.

Заболеваемость заразными болезнями в Донобласти за 1922 и 1923 г.

Годы	Холера	Тиф возвратный	Тиф сыпной	Тиф брюшной
1922 г. . .	2612	10791	3432	3413
1923 г. . .	70	1708	435	921

1923 год был первый год, когда значительное уменьшение эпидемических заболеваний позволило перейти от „ударно-боевых“ противоэпидемических заданий к более спо-

койному, плановому медико-санитарному обслуживанию населения. Это был год небывалого развития сети лечебно-профилактических учреждений в Ростове, заметного укрепления медицинской организации в окружных центрах (Новочеркасск, Азов, Морозовск и др.), возрождения врачебных участков в волостях.

На ряду с возникновением новых областных учреждений (Дом Санитарного Просвещения, Дом Матери и Ребенка—в Ростове; Психиатрическая колония, Детская больница—в Новочеркасске; малярийные станции—во всех окружных центрах области), организуются венерологический и туберкулезный диспансеры в Ростове, устанавливается институт патронажных сестер (обследовательниц) при учреждениях по охране материнства и младенчества; возникает сеть медико-санитарных пунктов на 29 предприятиях, где врачи, помимо оказания первой медицинской помощи рабочим, следят за санитарным благоустройством завода, за проведением оздоровительных мероприятий, ведут систематическую санитарно-просветительную работу.

К концу 1923 года мы имеем в каждом окружном центре (не считая Новочеркасска) вполне оборудованную, хорошо снабженную и в достаточной степени приспособленную для широкой хирургической работы окружную больницу. Во всей этой базе насчитывается 350 коек; кроме того, в Новочеркасске—670 коек (из которых 370 обслуживают нужды области, 300—обслуживают население округа). За год окружная больничная сеть возросла на 140 коек (16%).

Окружные амбулатории приобретают характер поликлиник с приемом по различным медицинским специальностям (хирургия, гинекология, внутренние, венерические, зубные, а в некоторых—(Миллерово и Новочеркасск) и глазные болезни).

В сельских местностях, при сравнительно небольшом приросте числа врачебных участков (с 59-ти до 64-х) число коек возросло до 410 (82%). Врачебные должности на всех участках замещены врачами. Свыше 50% должностей среднего медицинского персонала обслуживается школьными фельдшерами. Акушерская выездная помощь обеспечена на 37 врачебных участках. Сельская участковая сеть вдвое превышает довоенную.

Дальнейшее развитие сельской медицинской организации было предусмотрено следующим постановлением VI-го Областного С'езда Советов (декабрь 1923 г.):

„С'езд признает необходимым создание в сельских местностях минимальной медико-санитарной сети: не менее одной спецамбулатории и консультации в округе, не менее одного больничного участка в волости".

VII. Медицинская организация в условиях районирования Донского Округа.

Деятельность Донздравотдела в 1924 г. проходила под знаком неуклонного роста медицинской организации и, главным образом, расширения профилактических задач в деле народного здравоохранения под лозунгом: „**От борьбы с эпидемиями—к оздоровлению труда и быта**“.

В связи с районированием Донского округа Донздравотделу надлежало разработать порядок управления медико-санитарной организацией в районах в целях обеспечения правильного руководства делом здравоохранения в округе. Признано было необходимым включить в штат районных исполнительных комитетов должности **районного врача** и медико-санитарного статистика. На районного врача были возложены обязанности по организации и руководству всем медико-санитарным делом в районе по указаниям Донздравотдела и РИК‘а. В соответствии с этим установлена постоянная связь райврачей с окружным здравотделом, а также и непосредственные сношения с президиумом РИК‘а и его председателем.

Кроме того, по окружному бюджету были предусмотрены должности районных **санитарных врачей** (по одному на район), непосредственно подчиненных Донскому здравотделу. Необходимость об‘единения в округе всего руководства санитарным делом легко об‘ясняется тем, что санитарные мероприятия не могут строго ограничиваться территориальными границами и часто связаны с перегруппировками санитарной сети (например, переброска эпидемических отрядов из одного района в другой в зависимости от места возникновения и распространения той или иной эпидемии).

В целях усиления отдельных отраслей профилактической работы в районах, при Донском здравотделе установлены должности окружных инструкторов: по санитарному просвещению, по борьбе с социальными болезнями, по охране материнства и младенчества и по банно-дезинфекционному делу. Во всех районах были организованы за счет округа по одной консультации.

Сельская медицинская сеть.

В новых границах Донского округа медико-санитарная организация представлялась в следующем виде:

В 12-ти районах округа [1]) числилось всего 69 медицинских участков, из которых 31 врачебно-больничных, 16—врачебно-амбулаторных и 22 фельдшерских пункта.

---

[1]) Позднее отошли от Донского округа 2 района: Нижне-Кундрюченский и Константиновский.

Общая недостаточность участковой медицинской сети усугублялась к тому же **неравномерностью распределения участков** по отдельным районам. Так, например, в Новочеркасском районе организованы участки с 5-ти верстным радиусом обслуживания (Мелеховский и Заплавский), в то время как в Азовском районе радиус Александровского врачебного участка достигал 40 верст. В том же Азовском районе 3 медицинских участка в окрестностях города (Азовский, Кагальницкий и Елизаветовский) имеют радиус обслуживания менее 10 верст.

Что касается степени обеспеченности населения больничными койками, то и здесь установлены значительные колебания по районам. Так, в Новочеркасском районе одна койка приходилась на 4.000 жителей, между тем, как в Мечетинском районе на одну койку падало около 2.000 жителей.

Далеко неудовлетворительно обстояло дело с обеспечением отдельных районов **специальными видами медицинской помощи** (по венерическим и глазным болезням, по болезням уха, горла и носа и др.). Зубоврачебная помощь отсутствовала во всех районных центрах, кроме Ейска, Новочеркасска, Азова и Константиновской. Особо слабо поставлено было на сельских участках **родовспоможение**. Не во всех врачебных участках имелись акушерки-фельдшерицы для оказания родовспоможения на дому; 22 фельдшерских пункта были совершенно лишены акушерской помощи.

Ощущалась острая нужда в **медикаментах** и медицинском инструментарии. В связи с этим в ряде районов, (Кущевском, Старо-Минском и др.) устанавливалась **платность лекарственной помощи**, а в Ейском районе, кроме того, с зажиточных крестьян взималась плата за больничную помощь.

В отдельных районах отмечались отказы в медицинской помощи крестьянам и казакам при безотказном и первоочередном медицинском обслуживании застрахованных.

Большие затруднения в работе медицинских участков об'яснялись крайне ограниченными штатами медицинского и обслуживающего персонала, а также необеспеченностью участков транспортом для выездов в окрестные селения по вызовам врача или акушерки.

Постановление пленума Донисполкома.

В ноябре 1924 г, пленумом Донского Исполнительного Комитета был заслушан подробный доклад о состоянии медико-санитарной организации в округе. Указав на сравнительно **удовлетворительное состояние медицинской организации в городах** округа, пленум отметил, однако, острый недостаток в психиатрических и нервных больничных койках. Пленум признал „основной задачей ближайшего

периода—укрепление существующей лечебно-санитарной сети, повышение квалификации медицинской помощи, приближение ее к трудящемуся населению".

Касаясь состояния сельской организации здравоохранения, пленум установил, что „**участковая сеть** находится, по сравнению с городской сетью,**в довольно тяжелом положении**, что находит свое об'яснение в неравномерном развитии городской и сельской сети в дореволюционном прошлом, в более усиленном росте городской сети за период революции (в частности, благодаря дополнительным поступлениям по лечебно-страховому фонду), в слабом притоке врачей в деревню, в общем недостатке средств и недостаточно внимательном отношении в целом ряде мест к нуждам участковой сети".

Пленум признал, что „**работа по улучшению положения сельской сети и приближению ее к нормальной должна стать плановой задачей райисполкомов на ряд ближайших лет**", при чем немедленные исправления должны свестись к следующему:

1. **Укомплектованию медицинских участков** квалифицированным персоналом и, в частности, осуществлению установленных Донисполкомом типовых штатов.

2. **Замещению фельдшерских пунктов врачами.**

3. **Обеспечению необходимым медикаментозным снабжением** не ниже установленной Донисполкомом нормы.

4. **Обеспечению врачебных участков транспортными средствами.**

5. **Полной ликвидации платности медицинской помощи сельскому населению.**

Пленум признал целесообразным „все **поступления по лечебно-страховому фонду оставлять на дело оказания медицинской помощи в районах их поступления**".

Пленум подтвердил необходимость **централизации в округе дела медикаментозного снабжения**, равным образом регулирования торговли медицинским имуществом через Донмедторг.

Пленум одобрил проводимые Донздравотделом мероприятия по поднятию квалификации состава сельских медицинских работников (стажирование, то есть предоставление практики в образцовых лечебно-санитарных учреждениях врачам, направляемым в районы; периодические научные командировки врачей медицинских участков и проч.) и подтвердил „настоятельную **необходимость максимального улучшения условий работы медицинского персонала на селе**".

Решение С'езда Советов Донокруга (7-го Созыва)

Намеченные Донским Исполнительным Комитетом пути дальнейшего улучшения и развития дела здравоохранения в округе нашли полное одобрение окружного с'езда советов (январь 1925 года). Приводим постановление с"езда:

„С'езд одобряет взятый Донисполкомом курс на развитие профилактической (предупредительной) медицины в округе и, в частности, на проведение санитарно-предупредительных мероприятий в районах (учреждение районных санитарных врачей, консультации по охране материнства и младенчества и проч.).

В целях наиболее активного вовлечения крестьян в дело Советского строительства с'езд считает необходимым организацию учреждений на селе, близких интересам крестьянки и содействующих ее вовлечению в практическую работу. Таковыми учреждениями должны быть консультации при врачебных участках, ясли на время полевых работ, акушерские пункты и т. д.

С'езд признает необходимым, на ряду с полной ликвидацией платности медицинской помощи на селе, принять все меры к дальнейшему развитию участковой медицинской сети".

VIII. Основные трудности ближайшего периода.

Во исполнение вышеуказанных постановлений Донисполкома и С'езда Советов Донским Здравотделом были приняты меры к скорейшему удовлетворению наиболее острых нужд районов в отдельных видах медицинской помощи. Уже в 1924—1925 году (благодаря полученным дотациям из окружного бюджета)[1]) достигнуты значительные улучшения в деле обеспечения специальных видов медицинской помощи сельскому населению, а также снабжения медикаментами сельских участков и расширения сельской аптечной сети.

Однако, ближайшее изучение состояния медико-санитарной сети и условий работы медицинского персонала выявило ряд существенных препятствий нормальному развитию организации здравоохранения в округе.

---

[1]) Отпущено: на приобретение лекарств для врачебных участков 33.000 руб.; на расширение сельской аптечной сети—10.000 руб.; на организацию и содержание консультаций в районах—13.000 руб.; на детские летние ясли на селе—10.000 руб.; на дополнительный штат деревенских акушерок—6.000 руб., на глазной отряд 2.000 руб.; на курортное лечение крестьян—10.000 руб.

Необеспеченность больнично-амбулаторными зданиями.

Произведенное анкетное обследование больнично-амбулаторных зданий в сельских местностях дало самую безотрадную картину. Во всех районах (кроме городов) имеется всего лишь 10 специально построенных медицинских зданий, при чем в Багаевском и Новочеркасском районах специальных зданий нет вовсе; в Аксайском, Кущевском и Мечетинском—по два здания, а в остальных районах—по одному. Остальные сельские участки размещены в случайно занятых домах, из которых 11 более или менее приспособлены, прочие же совершенно негодные и не могут быть приспособлены под медицинские учреждения. Огромное большинство больнично-амбулаторных зданий нуждается в капитальных ремонтах.

Очень остро положение в Ростове, где помимо необходимости удовлетворения нужд города, все расширяется больничная помощь для наиболее серьезных больных крестьян и казаков округа. Город, со времени перевода в Ростов бывшего Варшавского Университета, лишился самой крупной больницы (б. „Николаевской“), переданной под университетские клиники. Минимальная потребность Ростова выражается в 2.000 больничных койках, между тем как в настоящее время в Ростовских больницах, при условии соблюдения санитарных норм, может быть развернуто не более 1.200 коек: Совершенно очевидно, что Донздравотделу, помимо аренды коек в клиниках, приходится чрезмерно перегружать наличную сеть. К тому же основная больничная база Донздравотдела (окружная больница на 600 коек) размещена в бараках временного типа (строившихся во время империалистической войны для госпитализации солдат), подлежащих сносу. Некоторого смягчения кризиса можно ожидать в связи с решением Центрального Управления Социального Страхования построить в течение ближайших двух лет больницу в Ростове на 400 коек, тем не менее, перед Донисполкомом поставлена ближайшая задача включения клиник в городскую больничную сеть.

В условиях острого жилищного кризиса, переживаемого Ростовом, далеко неудовлетворительно обстоит дело с размещением амбулаторий, яслей и др. лечебно-санитарных учреждений. Несомненно, одновременно с ростом города и застройкой окраин возрастающая потребность в этих учреждениях будет предусматриваться в планах коммунального и фабричного строительства.

Больнично-амбулаторный транспорт на сельских участках.

Весьма большим препятствием в деле правильного медицинского обслуживания участковым медицинским персоналом окрестных станиц и хуторов является отсутствие транспортных средств. Перевозочные средства сельсоветов далеко недостаточны для прямых нужд последних; к тому же вызовы медицинской помощи обычно связаны с необходимостью **срочного выезда** врача или акушерки, что осуществимо лишь при условии наличия в распоряжении участка собственного транспорта. Существующее положение вещей связано прежде всего с отказами в медицинской помощи бедняцкому сельскому населению, не располагающему лошадьми для предоставления, в случае нужды, медицинскому персоналу.

Недостаточная обеспеченность медицинским персоналом.

Не меньшим тормозом в деле обеспечения медицинской помощи населению участка и развития профилактической работы (санитарное просвещение, санитарный надзор и проч.) является то обстоятельство, что участковый врач перегружен работой по месту нахождения больницы или амбулатории. Это устраняет возможность выездов по вызовам на дом, а тем более в отдаленный хутор или станицу. Таким образом, ставится серьезный вопрос об увеличении штата медицинского персонала на участке и, в частности, об установлении должности второго участкового врача.

Уточнение прав и обязанностей районных врачей.

Отсутствие точно разработанного положения о правах и обязанностях районных врачей ставит в отдельных районах затруднения в деле правильного руководства подведомственной медико-санитарной организацией. В большинстве районов районный врач получил права заведующего районным отделением здравоохранения. Однако, в отдельных местах районный врач входил в аппарат общего отдела районного исполкома и даже устранялся от участия в заседаниях президиума (Аксайский район).

Что решил Донисполком?

Отмеченные вопросы и ряд других, касающихся постановки родовспоможения на селе, оборудования и хозяйственного снабжения лечебно-санитарных учреждений, были подробно обсуждены на окружном совещании районных врачей и внесены в июне 1925 г. на рассмотрение президиума Донисполкома. Постановка этих вопросов обусловливалась необходимостью своевременно учесть возможность их реального удовлетворения при составлении бюджета на 1925—26 год.

Донским Исполнительным Комитетом были даны руководящие указания РИК'ам, в частности, отмечена необходимость:

а) проведения ремонтов во всех больничных помещениях и перехода к новому больничному строительству путем выделения особого фонда из местных бюджетов РИК'ов и создания специального фонда на ремонтно-строительное дело на селе;

б) введения в штат каждого врачебного участка должности второго участкового врача;

в) обязательного выделения родильных коек во всех врачебно-больничных участках и организации в возможно большом числе врачебно-амбулаторных участков двух родильных коек при них.

Донисполком признал, что „укрепление существующей лечебной сети и углубление ее работы должно итти параллельно с насаждением учреждений профилактического характера (ясли, консультации, венерологические и туберкулезные диспансеры и пункты и т. д.). На ближайший год необходимо включение в смету одной консультации в каждом врачебно-больничном участке и одного венерологического пункта в районном центре. В случае необходимости проведения особых мероприятий по расширению некоторых видов медицинской помощи для борьбы с заболеваниями, широко распространенными в районе (малярия, трахома, сифилис и проч.), они должны быть предусмотрены в смете.

РИК'ам предусмотреть ассигнования на развитие работы по физкультуре и, в частности, на содержание районных уполномоченных и, по возможности, инструкторов.

Предусмотреть ассигнование 50.000 рубл. на курортную помощь крестьянам".

IX. Итоги и перспективы.

Как выполнены решения Донисполкома?

Разумеется, эти решения Донского Исполкома были связаны с значительным **увеличением ассигнований на здравоохранение** по окружным и районным бюджетам. Общая сумма расходов на здравоохранение в 1925/26 году повысилась не только в соответствии с общим ростом Донского и районных бюджетов, но и в связи с увеличением доли трат на эти нужды из общей расходной сметы Донисполкома.

Так, по **г. Ростову** ассигнования на здравоохранение составляли в 1924/25 году 16% к общегородскому бюджету, а в 1925/26 году этот процент возрос до 21.

По окружному бюджету % повысился с 15% до 16%
По районным городам „ „ с 18% до 24%
По районным бюджетам (без городов) „ „ с 11% до 12%

Если исчислить сумму ассигнований прошлого года, падающую на здравоохранение по 10-ти районам (без отошедших в 1924/25 году Константиновского и Нижне-Кундрюченского района), то она окажется равной 514.099 рублям. Сумма, утвержденная на 1925/26 год по районным бюджетам, равна 987.543 руб. Таким образом, **превышение против прошлого года составляет 473.444 руб. и равно увеличению на 92%**.

Эти условия позволили значительно расширить все виды медицинской помощи, организовать предусмотренный ДИК'ом ряд новых профилактических учреждений (по охране материнства и младенчества, по борьбе с венерическими болезнями и т. д.). Прилагаемый отчетный материал за 1925/26 дает ясное представление о теперешнем размахе и содержании медицинской работы в городах и сельских местностях округа. Как сильно превзойден довоенный уровень, какой большой сдвиг имеется со времени районирования округа—об этом можно судить хотя бы по следующим сопоставительным данным:

Один врачебный участок обслуживал:

	До войны	На 1 января 1925 г.	На 1 января 1926 г.
Площадь	4200 кв. в.	484 кв. в.	391 кв. в.
Население . . .	80000 жит.	14095 жит.	11422 жит.

На одну сельскую больничную койку приходилось:

До войны . . . . . 14455 жителей:
На 1 января 1925 . . 2186 жителей;
В настоящее время . . 1686 жителей.

В районах округа числилось (по бюджету) в 1924/25 г.: врачей 68 и лиц среднего медицинского персонала 158. По районным бюджетам 1925/26 года обеспечено содержание: врачей 172, зубных врачей 16 и среднего медперсонала—341 [1]).

Вместе с тем улучшено материальное положение медицинского персонала. Заработная плата увеличена по сравнению с прошлым годом (по бюджету):

Для врача с 50 руб. до 76 руб., для фельдшера и акушерки—с 30 руб. до 40 руб.

[1]) В действительности, численность медперсонала несколько большая (за счет дополнительных средств по лечебно-страховому фонду).

Нужно, однако, отметить, что этот уровень зарплаты (особенно врачебному персоналу) значительно отстает от довоенных норм. Так, положением военного совета (1907 г.) была установлена зарплата участковым врачам от 100 до 150 руб. в месяц; фельдшерицам-акушеркам—37 р. 50 коп.; фельдшерам 30 руб. в месяц.

О правах и обязанностях район. врачей.

Мы не останавливаемся на изложении общих далеко не удовлетворительных условий работы медицинского персонала на селе. Этот вопрос достаточно полно освещен в других материалах сборника. Несомненно, выполнение в будущем постановления Совнаркома от 2 декабря 1925 г. и ряда инструкций центральных органов Союза позволит изжить наблюдающиеся ненормальности.

Вопрос о правах и обязанностях районных врачей можно считать разрешенным в связи с утверждением Донисполкомом **„положения об отделениях здравоохранения при районных исполнительных комитетах“** [1]). Согласно этому положению, районный врач является заведующим отделением здравоохранения РИК'а. Райврач пользуется правом самостоятельного и непосредственного доклада в Президиуме РИК'а и присутствует на заседаниях президиума и пленума РИК'а при обсуждении всех вопросов медико-санитарного характера. Заведующий отделением здравоохранения (райврач) распоряжается всеми суммами, отпускаемыми на здравоохранение в районе (по местному, окружному и государственному бюджету, а также суммами лечебно-страхового фонда).

На заведующего отделением здравоохранения возлагается руководство всей работой по здравоохранению в районе и управление всеми медико-санитарными учреждениями района.

Подбор, назначение, перемещение и увольнение медицинского и административно-хозяйственного персонала производится президиумом РИК'а по представлению заведующего отделением здравоохранения.

Об укомплектовании участков медицинским персоналом.

Несомненно, с улучшением общих условий работы медицинского персонала на селе будут изжиты испытываемые до настоящего времени большие затруднения в деле укомплектования сельских участков квалифицированными работниками. Избранные Донздравотделом пути к скорейшему насыщению деревни врачами и акушерками дали положительные результаты. Они

---

[1]) Положение подлежит утверждению С.-К. Крайисполкома.

сводятся: 1) к подготовке оканчивающих университет врачей путем прохождения определенного практического стажа работы в Окружных лечебно-санитарных учреждениях при условии последующей службы на селе; 2) к проведению специальных курсов; 3) к научным командировкам сельских медицинских работников в Ростов и в столичные города.

Так, в 1924-25 году проходили стаж: 21 лечащих врача (15 врачей в Ростове, 6—в центре), из них 18 были направлены для работы в сельские местности. По санитарно-профилактической организации (общая санитария, охрана материнства и младенчества, социальные болезни) стажировалось 54 врача и 50 акушерок. Из них направлены в сельские местности 38 врачей и 50 акушерок.

За 1925 год через Донздравотдел направлено в районы 49 врачей и 75 лиц среднего медицинского персонала.

Следует отметить, что среди медицинских работников многие про,вляют себя весьма активно на общественной работе. Это подтверждается все возрастающим числом избираемых населением на выборные должности в советы, КОВ'ы и пр. Так, по имеющимся у нас неполным сведениям о перевыборах в советы текущего года избраны членами сельсоветов 44 медицинских работника, из них 15 врачей, членами РИК'ов—4 врача.

Опыт немногих лет строительства созетской медицины на Дону убеждает в том, что по мере укрепления местного бюджета нужды народного здравоохранения, осознанные широкой массой городского и сельского населения, всемерно удовлетворяются. Однако, мы еще далеки от полного охвата действительных потребностей трудящихся в квалифицированной медицинской помощи, далеко еще не обеспечены необходимые санитарные условия для оздоровления наших городов и деревень. Городские советы развивают энергичную деятельность в области санитарного благоустройства, в частности, обращено большое внимание на жилищное строительство, на улучшение водоканализации и пр. Пробудилась и Донская деревня. На первом профилактическом окружном с'езде (ноябрь 1925 года) делегаты—крестьяне и казаки достаточно громко заявили о своих нуждах. Особого внимания заслуживает решение с'езда об образовании окружного **профилактического фонда**, предназначенного на поощрение местных начинаний в области санитарного благоустройства села. Не подлежит сомнению, что местная самодеятельность в этом направлении (устройство колодцев, боен, бань, дезинфекционных уста-

новок) будет проявлена тем большая, чем сильнее будет уверенность в поддержке таких мероприятий в округе. Однако, усиление общеоздоровительных мероприятий не исключает безусловной необходимости приложить все возможные силы и средства на развитие и улучшение медицинской помощи населению. Разработанный Донским здравотделом пятилетний план предусматривает доведение медицинской сельской сети до нормы: 1 врачебный участок на 8.000 человек населения; 1 койка на 700 человек при одновременном повышении специализации медицинской помощи (расширение зубоврачебной, хирургической, родовспомогательной помощи и др. видов медицинского обслуживания). Одновременно предусматривается развитие санитарно-профилактической организации. Представленные планы районов предусматривают значительно большее расширение медицинской сети против перспективного плана Донздравотдела. К сожалению, действительные бюджетные возможности едва-ли позволят к окончанию пятилетия (к 1928-29 году) осуществить целиком даже намеченный окружным здравотделом план. При всем понятном стремлении мест в скорейший срок исправить далеко неудовлетворительное состояние медицинской сети, мы все-же должны всячески избегать стихийного численного роста учреждений и, во всяком случае, не допускать в дальнейшем насаждения самостоятельных фельдшерских пунктов—этих пережитков войскового режима, когда меньше всего обращалось внимания на качественную постановку медицинского дела. „Лучше меньше, да лучше“—этот завет Владимира Ильича следует особенно помнить при построении плана строительства здравоохранения. Нет никакого сомнения, что советская власть на Дону создаст за немногие ближайшие годы больше, чем старорежимная Донская власть создала за много десятков лет своего варварского господства.

„В нашей трудовой стране нужны миллионы физически крепких людей, людей воли, мужества, энергии и настойчивости. Им принадлежит будущее, их руками будет завоевываться право на строительство НОВЫХ ОСНОВ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА“.

В. И. ЛЕНИН.

ОРГАНИЗАЦИЯ
общественной санитарно-профилактической самодеятельности населения в Донском округе.

Охрана народного здравия—дело самих трудящихся.

Оздоровление труда и быта населения возможно только при дружной общественной санитарной самодеятельности самого населения. Только при сознательном отношении населения к охране своего здоровья могут быть использованы все возможности и изысканы новые источники средств на строительство дела здравоохранения. Лозунг: „Охрана здоровья трудящихся—есть дело самих трудящихся", по справедливости, является основным лозунгом советской медицины.

Донздравотдел с первых же дней своей организации стремится к возможно большему вовлечению широких масс трудящихся в работу в области здравоохранения.

Все на борьбу с эпидемиями.

К моменту установления Советской власти на Дону, вся область была весьма неблагополучна в эпидемическом отношении. Повсеместно в бывшей Донской области свирепствовали сыпной и возвратный тифы, а в ряде населенных пунктов—холера.

Чрезвычайно безотрадно было и санитарное состояние области. Города в области, в том числе и г. г. Ростов и Нахичевань, представляли из себя клоаки. Все площади, дворы и частично улицы в городах за время гражданской войны превратились в самочинные свалки. Водопровод, канализация, ассенизационный обоз и т. д. совершенно не справлялись с работой. Естественно, что при таком положении дела органы здравоохранения в области в первые годы своей работы должны были направить все свои усилия, главным образом, на борьбу с эпидемиями и на очистку населенных пунктов. Органы Коммунального Хозяйства не располагали ни материальными, ни техническими средствами, чтобы быстро и более или менее удовлетворительно разрешить вопрос о проведении хотя-бы городских населенных пунктов в надлежащее санитарное состояние.

Задачи санитарных советов.

Ясно, что эту задачу можно было рассчитывать разрешить только при содействии широких масс городского населения. Вот почему Донздравотдел уже в 1920 г. приступил к организации **„рабочих комиссий по борьбе за чистоту“** на предприятиях и учреждениях и **участковых санитарных советов** из представителей населения. Санитарные советы до начала 24 г были единственной формой организации общественной санитарной самодеятельности населения.

Задачи санитарного совета были формулированы следующим образом в инструкции для участковых санитарных советов: **„Санитарный участковый совет ставит своей задачей улучшение санитарного состояния участка, ведет планомерную работу по предупреждению появления в участке эпидемии и, в случае ее появления,—борьбу с ней.**

Санитарная самодеятельность населения в Ростове.

Санитарные советы в г. Ростове в первые месяцы своего существования работали вяло. Благодаря деятельному участию органов санитарного надзора, они вскоре окрепли. К началу 22 года санитарные советы уже представляли мощную общественную организацию, всемерно содействовавшую Здравотделу в проведении санитарной работы в участках и внедрении санитарной культуры в толщу городского населения.

К 1-му января 22 г. в г.г. Ростове и Нахичевани работало 12 санитарных советов. В 1922 г. организовано было 2 новых санитарных совета на Старом и Новом базарах; в 1923 г. прибавилось еще 3 санитарных совета и в 1925 г. образовался 18-й санитарный совет на Дачном поселке. Общее число членов санитарных советов к началу 23 г. равнялось 243; к 1-му января 1924 года их насчитывалось 468.

В настоящее время во всех санитарных советах числится 544 представителя от населения. Данные о социальном составе недавно переизбранных 368 членов санитарных советов таковы: в течение времени с 1923 по 1926 г. неизменно растет процент членов санитарных советов из числа рабочих: в 1923 г. этот процент равнялся 35, в 1924 г.—40, в 1925 г.—41, 3 и, наконец, на 1-е января 1926 г.—43,3%. Соответственно падает процент служащих (с 50%) в 1923 г. до 35,2% к 1 января 1926 г.). На ряду с рабочими растет участие в работе санитарных советов домашних хозяек, которые еще в 1923 и 1924 годах совершенно не были представлены в санитарных советах. Рост участия рабочих и до-

машних хозяек говорит о поднятии санитарной самодеятельности широких слоев населения.

По отдельным санитарным советам число членов колеблется от 63 до 47. Санитарные советы собираются примерно не менее одного раза в месяц для обсуждения возникающих вопросов. Для постоянной работы каждый санитарный совет избирает рабочее **бюро** в составе пяти человек. Бюро имеет постоянное помещение, где ежедневно в определенные часы дежурит один из членов бюро для приема граждан, обращающихся в бюро за советом, справками и т. д.

Помимо всяческого содействия органам санитарного надзора (санитарным врачам здравотдела), санитарным советам предоставлено право устанавливать неплатежеспособность беднейших граждан на предмет оказания им бесплатной медицинской помощи в лечебных заведениях Донздравотдела, право распределения льготных билетов для пользования коммунальными банями.

Санитарные советы принимают большое участие в проведении различных кампаний по здравоохранению, как-то: туберкулезных трехдневников, недели по охране материнства и младенчества и т. д.

Центральный городской санитарный совет.

С апреля 22 г. был образован в г. Ростове **Центральный городской санитарный совет**, как совещательный орган при Донздравотделе. Перед Центральным Санитарным Советом была поставлена задача об'единения и руководства работой участковых санитарных советов в деле улучшения санитарного состояния города, предупреждения эпидемий и борьбы с ним. В Центральный Городской Санитарный Совет входят представители по одному из каждого участкового санитарного совета, от Донздравотдела, от Коммунального Отдела, от Совпрофа и других организаций. Общее собрание членов Центрального Городского Санитарного Совета созывается периодически не реже одного раза в месяц. Для постоянной работы избирается бюро в составе пяти человек. Центральный санитарный совет в своей работе отчитывается перед полномочным собранием делегатов от участковых сансоветов, созываемым раз в три месяца.

Здравотдел ежемесячно отпускает санитарным советам необходимые средства на содержание технического работника, канцелярские и другие расходы.

Санитарная самодеятельность в районах Донского округа.

Несколько позже, чем в Ростове, образовались **санитарные советы** и в городах **Азове, Ейске и Новочеркасске.**

Построение их несколько разнится от Ростовских сансоветов в зависимости от местных условий. Работа проводится в том же направлении, что и в Ростове и с таким же положительным результатом. С введением санитарных врачей в районах приступлено было к образованию санитарных советов и санитарных комиссий во всех районных центрах округа и многих сельских населенных пунктов. Организации эти пока еще не везде доказали свою жизнеспособность. Только немногие из образованных за последний год советов и комиссий успели проявить активность и кое-что сделать для действительного улучшения санитарного состояния населенного пункта. Так, в Черкасском районе образовано было 3 сансовета в хуторе Мышкине, Грушевской и Радионово-Несветаевской. Из них работоспособным оказался только Мышинский санитарный совет. В Батайском районе санитарные советы имеются в Батайске, Самарске и Старо-Черкасске. В Кущевском районе довольно активно работает санитарная комиссия в Ильинке и др.

Недостаточное приближение санитарной помощи к населению, перегруженность незначительного деревенского актива разнообразной общественной работой, тяжелые общие условия для улучшения санитарного состояния сельских населенных пунктов, недостаток материальных средств и т. д.— тормозят работу по организации общественно-санитарной самодеятельности на селе.

От борьбы с эпидемиями—к оздоровлению труда и быта населения.

К 1923 г. закончился период повсеместного распространения паразитарных тифов и эпидемии холеры. Значительно улучшилось и санитарное состояние городов. По всей линии Наркомздрава дан был новый лозунг: „От борьбы с эпидемиями—к оздоровлению труда и быта населения“. И Донздравотдел, естественно, выдвинул на первый план задачи по борьбе с социальными заболеваниями, по охране материнства и младенчества, по охране здоровья детей и подростков и т. д.

Ячейки по борьбе с туберкулезом („Туб‘ячейки“).

Подготовка и разрешение указанных задач вызвали к жизни новые формы общественной самодеятельности. Первыми по времени возникли в Ростове организации по содействию органам здравоохранения в деле борьбы с туберкулезом: **туберкулезные ячейки на предприятиях и совет**

социальной помощи при туберкулезном диспансере. В марте 1924 года было только приступлено к организации туберкулезных ячеек. В мае уже было образовано 48 туберкулезных ячеек почти на всех крупных предприятиях г. Ростова. Туберкулезные ячейки приняли живое участие в проведении **туберкулезного трехдневника** 1924 г. Трехдневник прошел с большим успехом как в агитационном, так и материальном отношении. Этот успех, в свою очередь, вызвал численный рост организаций туберкулезных ячеек. На одной из широких конференций туберкулезных ячеек был решен вопрос о преобразовании туберкулезных ячеек в **здрав'ячейки.** Вопрос по существу сводился к слиянию воедино многочисленных общественных организаций на предприятиях по охране здоровья.

Ячейки здравоохранения (Здрав'ячейки) и их работа.

Вся организация здрав'ячеек, их состав, задачи, права и обязанности предусмотрены особым положением „о совете социальной помощи".

К 1-му января было активных здрав'ячеек на предприятиях г. г. Ростова и Нахичевани 42, с общим числом членов в них 6800. Работа здрав'ячеек сводится к содействию врачам предприятий и диспансерам в деле выявления туберкулезных больных, к борьбе с венерическими заболеваниями и проституцией, к санитарно-просветительной работе, к участию в отборе больных на курорты и в местные санатории к организации социальной помощи больным на предприятиях, к охране труда и т. д.

Работа по охране труда проводится согласовано с Комиссиями Охраны Труда. Практические результаты работы здрав'ячеек выразились: в установлении плевательниц на предприятиях, баков с кипяченой водой, умывальников, в выдаче рабочим полотенец и мыла, и введении влажной уборки и т. д. Словом, здрав'ячейкам удалось провести ряд мероприятий, несомненно имеющих колоссальное значение в деле предупреждения развития туберкулеза среди рабочих.

Совет социальной помощи, его состав и работа.

Одновременно с туб'ячейками в апреле 1924 г. был организован и совет социальной помощи.

В состав совета входят в качестве членов—председатель и секретарь от каждой здрав'ячейки, представители правлений всех профсоюзов, Крайсовпрофа, Горсовета, Женотдела, ВЛКСМ, Страховой кассы, Донздравотдела, от Центрального Городского Санитарного Совета, а также работники туберку-

лезного и венерологического диспансеров (врачи и сестры-обследовательницы). Пленум (общее собрание) совета созывается не реже одного раза в три месяца. Для постоянной и текущей работы пленум Совета избирает Бюро в составе 25 членов и 7 кандидатов. Организация Совета и его работа регулируется особым положением.

В течение 1925 г. пленум Совета Социальной Помощи собирался 4 раза. Бюро имело 33 заседания. Бюро выделило комиссии: жилищную, санаторно-отборочную, санитарно-просветительную и комиссию по оказанию социальной помощи.

Совет Социальной Помощи проделал за время своего существования большую работу как по участию в деле борьбы с туберкулезом в г. г. Ростове и Нахичевани, так и по оказанию социальной помощи нуждающимся больным.

Совет Социальной Помощи располагал необходимыми материальными средствами для проведения своей работы.

В его распоряжение поступило: за 1924 и 25 г. г. (членских взносов, доходов от „Трехдневника" и проч.)—всего 37.773 рубля.

Эти средства расходовались Советом Социальной Помощи на оказание социальной помощи, на нужды санитарного просвещения, на пособия диспансерам в округе, на содержание подсобных учреждений и т. п.

Социальная помощь оказывалась в форме денежных пособий, выдачи платья, обуви, кроватей,пайков, ремонта квартир, предоставления работы и т. д. Расход на подсобные учреждения падает на оборудование и содержание при Донской Государственной Табачной Фабрике ночного санатория на 15 коек в течение нескольких месяцев, на оборудование и содержание летом 1925 г. дневного детского санатория на 50 детей, на совместное с обществом Красного Креста содержание детской площадки на 70 детей и на культурно-просветительные нужды прочих туберкулезных учреждений.

В заседаниях Бюро Совета и его пленума обсуждались и решались наиболее важные вопросы, связанные с противотуберкулезной борьбой и с работой диспансеров и их вспомогательных учреждений.

В своей работе Совет отчитывался перед широкой конференцией здрав'ячеек, которая в течение 1924 г. собиралась три раза и в 1925 г.—6 раз. На конференциях заслушивался и утверждался план работы диспансеров и решались большие принципиальные и организационные вопросы по борьбе с туберкулезом. Конференция решила вопрос о преобразовании туб'ячеек в здрав'ячейки и о включении в круг деятельности Совета Социальной Помощи вопросов борьбы с венерическими и др. социальными заболеваниями.

Советы Социальной Помощи организованы также при Новочеркасском и Азовском туберкулезных диспансерах. Ведут они работу в таком же направлении, как и Ростовский Совет Социальной Помощи, но размах и об'ем работы их, конечно, меньший, так как Новочеркасский и Азовский Советы не располагают большими средствами. В других районах Советов Социальной Помощи нет; там вся работа по борьбе с туберкулезом сводится только к санитарно-просветительной работе, к возможному учету и лечению больных.

Секции, комиссии и советы по охране материнства и младенчества.

Уделяется большое внимание организации общественной самодеятельности и в деле **охраны материнства и младенчества.** В 1925 г. организована **секция делегаток материнства и младенчества из работниц и жен рабочих при консультациях** в Городском районе, Нахичевани, Ленинском городке и при яслях на Донгостабфабрике. Постоянный состав секции—120 человек. Работой секции руководят врачи консультации и ясель. Секции существуют с октября 1925 г.; по февраль месяц 1926 г. проведено 35 лекций и бесед и 15 экскурсий. Делегатки пропагандируют идеи материнства и младенчества на предприятиях, проводят там беседы, отчитываются перед пославшими их предприятиями о своей работе, принимают участие в работе Советов социальной помощи при матмладовских учреждениях и т. д. Делегатки в значительной мере содействовали успеху проведения недели по Охране материнства и младенчества.

В 1925 г. началась деятельность Советов социальной помощи матмлада при центральных консультациях Городского района, Ленинского городка и Нахичевани. В задачу этих советов входит социальная помощь матерям, изыскание и распределение поступающих в распоряжение советов средств.

Еще раньше были **учреждены при яслях и консультациях советы матерей,** собирающиеся раз в 2—3 недели для обсуждения разных вопросов, связанных с жизнью и работой учреждений.

Сельская общественность—на охрану материнства и младенчества.

Вовлекается в общественную работу по охране материнства и младенчества и население деревни. При всех консультациях **в сельских населенных пунктах организованы комиссии содействия матмладу,** на подобие Советов социаль-

ной помощи в городе. В состав комиссии входят, помимо медицинского персонала консультации, представители сельской общественности (КОВ'а, сельской кооперации, Женотдела, Сельсовета и т. д.). Комиссия ведет культурно-просветительную работу, пропагандирует идеи охраны материнства и младенчества, изыскивает средства для проведения летней ясельной кампании и для оказания социальной помощи бедным матерям.

Приступлено к организации **кружков делегаток в деревенских консультациях,** на подобие городских секций делегаток.

Детские санитарные комиссии („детсанкомы").

Необходимо еще упомянуть об организации **детских санитарных комиссий при школах.** Детские санкомиссии стали образовываться в 1924-1925 учебном году и очень скоро доказали на деле свою жизненность. В настоящее время, как правило, во всех школах—городских и сельских—имеются детские санкомиссии, которые являются деятельными помощниками для врача по охране здоровья детей. Они ведут наблюдение за санитарным состоянием школы, за проведением в них возможных улучшений в гигиеническом отношении, за усвоением учащимися гигиенических навыков и т. д. В одном Ростове насчитывается свыше 2000 детей, состоящих членами детских санитарных комиссий. И вся эта армия детей следит за проветриванием классов во время перемен, за чисткой помещения школы, за тем, чтобы была постоянно в школе кипяченая вода, за чистоплотностью самих учащихся; выясняет причины непосещения школы тем или иным воспитанником, следит за соблюдением сроков изоляции учеников, заболевших какой-либо заразительной болезнью и т. д. Регулярные заседания комиссии происходят под председательством кого-либо из воспитанников. Врачи Охраны Здоровья Детей и преподаватели признают громадную роль детских санитарных комиссий как в деле проведения школьного санитарнодо надзора, так и в отношении гигиенического воспитания детей. На созванной в феврале 1925 г. городской конференции детских санкомиссий дети—делегаты блестяще продемонстрировали свою активность. В ряде основных докладов и прениях по докладам они доказали, что умело разбираются в вопросах гигиенического содержания школы.

Секции здравоохранения городских и сельских советов.

Особое положение занимают в ряду организаций общественной санитарно-профилактической самодеятельности на-

селения **секции здравоохранения городских и сельских советов**. Секции здравоохранения не только помогают проводить работу по оздоровлению труда и быта населения, но являются и органами высшего общественного контроля в отношении здравотделов и медико-санитарных учреждений. Здравотделы отчитываются в своей работе перед секциями здравоохранения. Здравотделы представляют на рассмотрение и заключение секций планы своей работы и проекты по разрешению наиболее важных вопросов. Общественное значение секции здравоохранения усугубляется участием в этой работе делегатов от широких рабочих масс населения. В городах округа секции уже успели развить большую работу и оказывают значительное влияние на ход всего дела здравоохранения. Так, по г.г. Ростову и Нахичевани секция здравоохранения за год работы Городского Совета 7-го созыва имела 15 заседаний и рассмотрела 20 вопросов, по которым приняты были решения, направленные на улучшение постановки дела здравоохранения, на расширение сети учреждений: лечебных, по борьбе с социальными заболеваниями, по охране материнства и младенчества и т. д.

Секция выделила из своего состава 3 комиссии: санитарно-профилактическую, лечебно-страховую и по охране материнства и младенчества для подробной проработки разных вопросов здравоохранения и представления на окончательное разрешение Горсовета. Менее важные вопросы непосредственно разрешались комиссиями. По такому же плану, с подразделением на такие-же 3 комиссии работала секция здравоохранения Новочеркасского Горсовета. Образованы секции здравоохранения при многих недавно переизбранных сельсоветах.

План дальнейшего развития самодеятельности населения в деле здравоохранения.

В деле дальнейшего планомерного развития общественной самодеятельности населения перед Донздравотделом стоят две основные задачи: углубить и увязать работу многообразных форм общественной санитарно-профилактической самодеятельности городского населения, а также оживить и сделать активной самодеятельность сельского населения.

Донздравотделом разработан уже проект нового положения об организации санитарно-профилактической самодеятельности населения в окружном центре — г. Ростове. Новое положение намечает:

1) расширение круга деятельности теперешних санитарных советов, превращение их в здравкомиссии, имеющие

целью помогать Донздравотделу проводить всю работу по здравоохранению, а не только наблюдение за санитарным состоянием районов и борьбу с эпидемиями;

2) дальнейшее вовлечение в работу по здравоохранению широких масс населения путем образования здрав'ячеек в общежитиях, домах-коммунах, больших жилтовариществах и т. п.;

3) создание общегородской комиссии по оздоровлению труда и быта населения, об'единяющей все организации санитарно-профилактической самодеятельности населения.

В отношении деревни 1-й Донской Окружной Профилактический с'езд Рабоче-Крестьянских и Медико-Санитарных организаций признал, что **„наиболее целесообразной формой санитарно - профилактической самодеятельности сельского населения является секция здравоохранения при сельсоветах"**. В целях обеспечения продуктивной работы секции, необходимо вовлечение в их деятельность активных работников деревни и представителей общественных деревенских организаций (Комсомол, Женотдел и т. п.).

В соответствии с приведенным постановлением с'езда, Донздравотдел взял курс на использование секции здравоохранения при Сельсовете, как единой, охватывающей все виды санитарно-профилактической работы, организации общественной самодеятельности сельского населения.

В том то и сила коммунизма, что коммунистическую работу при Советской власти проводит по сути дела каждый честно, сознательно работающий по своей отрасли. А казалось, что общего между коммунизмом и между врачем.

М. И. КАЛИНИН.

(Из речи на 1-м Всесоюзном с'езде участковых врачей).

Что сказал первый профилактический с‘езд Донского округа?

10 ноября 1925 года в Ростове состоялось открытие 1-го Профилактического с‘езда работников здравоохранения и сельских рабоче-крестьянских организаций Донского округа.

На этом с‘езде, впервые за время существования советской власти на Дону, вопросы охраны народного здоровья были поставлены на широкое обсуждение крестьянской общественности.

Кто прибыл на с‘езд?

На с‘езде принимали участие 158 делегатов, из них 38 женщин.

139 делегатов падает на представителей районов и сельских местностей. Окружные организации послали всего 19 делегатов.

Из числа 139 делегатов районов и сельских местностей—советские, общественные и профессиональные организации были представлены 51 делегатом, которые распределяются следующим образом: от Райисполкомов—6 делегатов, от Сельсоветов—8, от крестьянских комитетов взаимопомощи—9, от женских организаций—7, от сельско-хозяйственных товариществ—4, от касс социального страхования—10, от союза „Медсантруд“—10. Низовые медицинские работники послали 81 делегата, из них: сельских врачей—36, районных врачей—20, фельдшеров и фельдшериц-акушерок—18, санитаров и других служащих—14.

Все вопросы, поставленные на обсуждение с‘езда, вызывали оживленное участие в прениях не только медицинских работников, но и крестьян.

С‘езд поражал своей посещаемостью. Никто из делегатов не спешил уезжать: все чувствовали, что несут ответственность перед пославшим их населением.

В работах с‘езда принимали участие и городские врачи.

Что сказали руководители советских и общественных организаций?

Открывая с‘езд, заведующий Донским здравотделом, тов. Нюрин, указал на задачи, требующие разрешения с‘езда. „Эти задачи могут быть разрешены только при условии сплочения сельских медицинских работников с крестьянской массой. Наша советская медицина не строится, как какая-то узко-ведомственная работа; мы смотрим на эту работу, как на об‘еди-

нение усилий различных организаций, преследующих одну цель—создать условия, предупреждающие заболеваемость, оздоровляющие труд, быт, повседневную жизнь рабочего и трудового крестьянства".

Тов. Куликов, приветствуя с'езд от имени Северо-Кавказского Комитета ВКП (б) и Крайисполкома, указал на новые задачи, стоящие перед сельскими врачами.—„Эта новая основная задача—смычка рабочих с трудовым крестьянством. Участковый врач—культурна сила в деревне; он должен на деле осуществлять эту смычку; он должен быть общественным работником." Указав, что врачи стойко держались в самые тяжелые годы, он призывал медицинских работников тесно спаяться с трудовым крестьянством.

От Донского Исполнительного Комитета и Донского Комитета Коммунистической Партии с'езд приветствовал тов. Гольман. Он заверил с'езд, что Донским Исполнительным Комитетом принимаются все меры к лучшему обеспечению медицинских работников. „Нужно, чтобы легче было работать, чтобы медицинским работникам не приходилось жить на подаяния богатого крестьянина, чтобы было обеспечено особое внимание той части крестьянства, которая больше болеет, плохо питается и хуже живет".

С'езд заслушал приветствия от Краевого Правления союза „Медсантруд", от Краевого Управления Социального Страхования, от Северо-Кавказского Окружного Военно-Санитарного Управления, от секции здравоохранения Ростово-Нахичеванского Горсовета и др. организаций.

Тов. Соболь, приветствуя с'езд от имени крестьянок и казачек Аксайского района, отметила достигнутые успехи в области охраны материнства и младенчества на селе и значение этих учреждений в деле раскрепощения быта трудящейся женщины деревни.

Какие вопросы обсуждены с'ездом?

С 11 ноября началась деловая работа с'езда. За четыре дня с'езд заслушал и обсудил следующие доклады, охватывающие все стороны медико-санитарного дела на селе:

1. Итоги и перспективы дела здравоохранения на Дону.
2. Профилактическое направление в работе врачебного участка.
3. Курортная помощь крестьянам Донского округа.
4. Крестьянская общественная самодеятельность в деле здравоохранения.
5. Санитарное просвещение на селе.
6. Очередные задачи в деле санитарного благоустройства на селе.

7. Работа по охране материнства и младенчества в деревне.

8. Охрана здоровья детей в сельских местностях.

9. Вопросы физической культуры в деревне.

10. Труд и быт медработника.

Деревне нужна медицинская помощь.

В прениях по докладам выступали десятки делегатов, докладчикам задавали сотни вопросов. Все это говорило о культурном росте деревни и, в частности, о том, что население втягивается в дело строительства здравоохранения на селе.

Население хочет настоящей медицинской помощи, требует хороших больниц.

Вот как высказался по этому поводу крестьянин Терентьев делегат из Задоно-Кагальницкого хутора, Семикаракорского района: „Раньше обращались только к шептунам и знахаркам, а теперь все бы ходили к докторам, но, к сожалению, их нет".

Тов. Соловьев (из станицы Ст. Минской) подчеркнул, „что крестьянство уже в настоящий момент видит хорошие стороны медицинской помощи на селе; врачи становятся для крестьян близкими".

Медицинская помощь в деревне улучшается, увеличивается число врачебных участков, коек в больницах стало больше, но требования крестьян растут еще быстрей. И это несоответствие между ростом культурных запросов деревни и экономическими возможностями и материальным благополучием крестьянина создают иногда на местах недоразумения между врачем и деревенским населением.

Как работает сельский медицинский персонал?

Недоразумения чаще всего происходят на почве тяжелых условий труда сельских врачей. Сельские медицинские работники рассказали с'езду, сколько им приходится работать. „С утра—прием в амбулатории; приходится часто принимать до 100 больных. После амбулаторного приема—осмотр больных в больнице.

По окончании приема усталый приходишь домой и наспех пообедаешь: надо посетить больных на дому. А вечером—лекции, доклады и беседы". Другой медицинский работник дополнил: „У нас нет выходных дней: в эти дни приходится вести большую общественную работу. У участковых врачей нет часов службы, нет личной жизни".

Несмотря на тяжелые условия работы, большинство участковых врачей тесно связалось с крестьянством и нашло с ним общий язык. Медицинские работники говорили: „задача всякого интеллигентного работника на селе и, в

частности, врача заключается в том, чтобы пробудить самосознание крестьянства, тогда они будут совместно работать над поднятием сельской культуры“.

К сожалению, еще не все медицинские работники так смотрят на свою работу в деревне. Один из них говорил: „Работа на участке нас не удовлетворяет; крестьянин на наш зов не идет. Работа на участке—вечная каторга“.

Чем недовольны крестьяне?

Крестьянину трудно примириться с ограничением часов приема в сельской амбулатории. Он часто приходит к концу приема, когда запись на прием уже закрыта. В таких случаях врачи иногда проявляют нечуткое отношение к крестьянину.

Об этом рассказал с‘езду крестьянин-выдвиженец т. Коноченко.

„Приезжают крестьянки в больницу,—им говорят: еще рано, становитесь в очередь!“ А когда приходит Марья Ивановна или Пелагея Петровна, то их принимают без всякой очереди и сейчас же дают лекарство.

...У меня был такой случай. Заболели зубы у моей жены. Повел я ее за 25 верст к зубному врачу, еле доехал и, как водится, опоздал. Выходит врач и спрашивает: „чего вы ждете? Я набрала уже 20 человек и больше не могу“.— Я прошу врача:—„Может сделаете? Я за 25 верст приехал, дома детишки. Вырвите зуб“.

— „Никак не могу“—отвечает врач. Тогда я вытащил свой мандат члена Донисполкома. Она посмотрела и сейчас же со всей радостью все сделала. Меня это потрясло“.

Что мешает работе медицинского персонала?

Некоторые делегаты отметили, что причиной недоразумений иногда является „командование“ над врачами. Иногда командует председатель сельсовета, а иногда и старший милиционер.

—„У нас на селе наблюдается командование, даже женорганизатор предписывает врачу“ — сказал делегат тов. Висков.—„Часто это командование принимает уродливые формы: я знаю сельсоветы в Черкасском районе, где врачи хотят сделать некоторые улучшения, но сельсоветы препятствуют“.

Медицинскому работнику на селе приходится работать не только в тяжелых условиях, но он часто испытывает материальные затруднения, вследствие недостаточной заработной платы.

—„Врач на селе должен получать в два раза больше жалованья, чем городской врач“—говорил один сельский медицинский работник.

Многие делегаты об'ясняют недостаток врачей на участках низкой заработной платой.

—,,Мы просим", —заявил на с'езде крестьянин Терентьев,— ,,дайте фельдшера, доктора.—Никто, —говорят, не едет—жалованья мало. Вот мы и просим, и меня лично просили походатайствовать перед с'ездом, чтобы врачам жалованье прибавили, чтобы мы не оставались без медицинской помощи. Медицина получает мало жалованья, поэтому у себя на квартире прилечивает".

Допустима-ли частная практика на селе?

Вокруг вопроса о **частной практике** врача развернулись большие прения. Для большинства сельских врачей частная практика на дому—печальное явление.—,,Как мы зарабатываем?"—спрашивает участковый врач и сам же дает ответ: ,,Со скорбью в душе, с болью в сердце берешь то, что дают, да еще с оглядкой, из-за угла". ,,Частная практика противоречит нашим мыслям"—сказал другой участковый врач.

Однако, есть и такие врачи, которые признают частную практику нормальным явлением.

„Если больной приходит к врачу на дом и платит, то мы не обязаны на дому принимать бесплатно. Не может платить,—пусть приходит в амбулаторию".

Как отнеслись крестьяне-делегаты к вопросу о существовании частной практики на селе? Ответ один—отрицательно.

—„Богатый может платить, бедный—нет".

—„Частная практика уничтожает доверие бедняка к врачу".

—„Частной практики нельзя допускать"—говорили они.

Зачем медицинскому участку транспорт?

Врач должен обратить особое внимание на бедняка, должен ему помогать в первую очередь. Врачу необходимо дать лошадей. —„**Транспорт** на участке является средством смычки больницы с безлошадной беднотой". Однако, не все сельсоветы осознали, повидимому, необходимость предоставления врачу лошадей. Один делегат, представитель сельсовета, высказался против предоставления врачу лошадей, потому что „в таком случае потребует лошадей и учитель и агроном". Другой делегат усматривал в этом прихоть врача, желание кататься.

—„Необходимо, чтобы советские организации прониклись сознанием, что когда врач требует лошадей, то не для катанья, а для дела"—отвечали медицинские работники и весь с'езд с ними согласился.

Медицинский работник должен быть общественником.

Однако, сразу всего не добьешься. Рост заработной платы медицинским работникам, усиление сельских участков вторыми врачами, предоставление транспорта требует больших средств, которые можно будет получить, когда улучшится материальное состояние крестьянина и казака.

Все эти улучшения требуют много времени для проведения их в жизнь, а пока с‘езд требует от медицинских работников всемерного напряжения сил, просит „поднять культуру в деревне“, требует от них отзывчивого отношения к нуждам трудового крестьянства.

—„Беда, если врач оторван от массы. Такому врачу—грош цена, хотя бы у него был 20-ти летний стаж“—говорил уполномоченный страхового пункта станицы Старо-Минской.

Врач должен не только лечить; он должен научить крестьянина оберегать себя от болезней. Этого можно достигнуть **санитарным просвещением** и улучшением санитарного состояния деревни.

Лекции следует читать просто, чтобы крестьяне хорошо поняли врача; хорошо, когда лекции сопровождаются наглядными таблицами.

Нужно содействие и самодеятельность населения.

Санитарное благосостояние деревни можно улучшить, вовлекая крестьянство в санитарные комиссии.

—„Санитарные комиссии при сельсоветах сидят на якоре, потому что там нет рулевого, который направлял бы этот пароход, распустил паруса и поплыл бы в открытое море“—образно сказал крестьянин Конюченко.

Там, где медицинский работник принимает деятельное участие в работе **санитарной комиссии,** там комиссии работают хорошо и своей деятельностью приносят пользу.

Делегат Кружинин, крестьянин села Маныч, Багаевского района, рассказал, как санитарная комиссия работала у них на селе. Нужно было доказать крестьянам необходимость содержания общественных колодцев в исправном виде. Санитарная комиссия в присутствии граждан села достала из сельсовета доски и починила колодец. Затем санитарная комиссия убедила КОВ построить баню, доказывая, что он на этой бане заработает.—„Конечно, КОВ на этой бане ничего не заработал“,—хитро заявил т. Кружинин,—но зато крестьяне воспользовались этим случаем и стали мыться“. —И с‘езд наградил этого общественного деятеля села продолжительными аплодисментами.

Крестьянке нужны ясли.

Доклад „охраны материнства и младенчества“ надолго приковал внимание делегатов с‘езда. Больше всего прений развернулось вокруг ясель и абортов на селе.

Отдельные крестьяне—делегаты высказывались против ясель.

—„Я лично—крестьянин и когда ехал сюда, то многие мне сказали: „постарайтесь, чтобы у нас была районная больница хорошая, медикаменты в достаточном количестве, но эти ясли, да площадки, так чтобы их в станице не было, и чтоб не приносили нам убытку. Зачем ясли? Разве в станице есть подкидыши? А о каких это детях заботятся? Да о тех, у кого есть отец и мать и есть чем прокормить“.

Это выступление противника ясель вызвало резкую отповедь со стороны большинства крестьян—делегатов с‘езда.

—„Неправильно, что в деревне ясли не нужны“—говорил тов. Раевский из Мечетинского района.

—„Как это ясли и охрана материнства и младенчества не нужны?—с негодованием говорил крестьянин из Семикаракорского района:—когда крестьнин сам заболеет, то он лечится. А разве мать и дитя беречь не надо?“

С наибольшим жаром защищают ясли женщины. Ярче всего выразила эту мысль крестьянка—выдвиженка т. Барановская, член Донисполкома.

„Тормозом в работе по организации учреждений по охране материнства и младенчества являются мужчины. Это они на каждом шагу стараются подставить ножку, противодействуют удовлетворению самых наболевших нужд женщины. Они говорят, что до сих пор бабы жили и будут жить, рожали в степи под арбой и будут рожать; здоровы, не вымерли; хватало и хватит!“.

Как бороться с абортами?

Вопрос об абортах трудно разрешим в теперешней сельской обстановке.—„В отношении абортов положение самое ужасное“—говорила женщина—делегатка из станицы Синявской, тов. Соболь.

—„В день врачу приходится делать по 3-4 аборта“ —„Нельзя отказывать в производстве операции аборта, потому что идут после отказа к бабкам и потом привозят их с кровотечением в больницу“—говорили сельские врачи.

—„Жизнь часто понуждает крестьянку итти на аборт“ —отметил сельский врач Розенберг—„закрывать на это глаза нельзя. На селе должен стать вопрос о предохранительных мерах“. Все соглашаются, что пока единственный путь—широкое раз‘яснение вреда, причиняемого абортами, преследование лиц, незаконно промышляющих этим ремеслом,

а в отдельных случаях—рекомендация противозачаточных средств.

Трудно перечислить все вопросы, какие возбуждались и обсуждались на этом с‘езде. 1-й Профилактический с‘езд был той „широкой улицей“, на которой крестьянская общественность проверяла основы советской медицины.

Делегаты с‘езда, лучшие представители Донской деревни, ее передовики, вместе с низовыми медицинскими работниками сказали свое веское слово по важнейшим вопросам оздоровления жизни и быта крестьян и казаков и наметили ближайшие пути медико-санитарного строительства на селе.

Решения с‘езда. Отметив большие успехи, достигнутые Донздравотделом за годы мирного строительства, с‘езд указал на необходимость проведения целого ряда улучшений, как например:

1) превращение большинства фельдшерских пунктов во врачебные участки; превращение ряда амбулаторий во врачебно-больничные участки;

2) введение в штат врачебного участка второго врача и частичное увеличение штата прочего медицинского персонала;

3) организация в каждом районе отряда по борьбе с венерическими болезнями;

4) усиление лекарственного снабжения медицинских участков;

5) удовлетворение самых насущных нужд по ремонтам и сельскому строительству;

6) дальнейшее улучшение материального положения сельского медицинского персонала;

7) более широкое использование лечебных заведений г. Ростова для оказания высоко-квалифицированной медицинской помощи крестьянам и казакам округа;

8) обеспечение врачебного участка транспортными средствами для выездов по вызовам медицинской помощи.

С‘езд указал на необходимость уточнения **прав районного врача**, на которого „возложить заведывание районным отделением здравоохранения, а также распоряжение кредитами на нужды здравоохранения в районе“.

В виду отсутствия требуемого количества врачей для укомплектования участков вторыми врачами, с‘езд признал необходимым предусмотреть и в районных бюджетах специальные средства на организацию курсов в Ростове для подготовки врачей.

С‘езд обратил внимание Донздравотдела на необходимость повышения квалификации участковых врачей путем

предоставления научных командировок в крупные города врачам по прошествии трех лет службы на участке.

Отмечая необходимость расширения **курортной помощи** трудовому крестьянству и казачеству, с'езд предложил провести курортную кампанию в плановом порядке, используя для этой цели по возможности местные курорты.

При направлении больных крестьян на курорты, с'езд предложил оказывать предпочтение больным ревматизмом, женскими болезнями и туберкулезом легких.

С'езд указал, что врачебный участок должен быть не исключительно лечебным пунктом, но центром, об'единяющим всю предупредительную (профилактическую) работу по оздоровлению села.

Каждый участок должен приступить к проведению определенных **профилактических задач,** ведущих к оздоровлению труда и быта на селе.

Осуществление этих задач возможно лишь при участии в этом деле трудового населения, об'единенного вокруг **секций здравоохранения** при сельсоветах.

Сознательное участие крестьянских масс в оздоровлении сельского труда и быта возможно через широкое **санитарное** просвещение. С'езд высказался за организацию постоянной кино-передвижки для обслуживания районов.

С'езд обратил внимание на необходимость улучшения гигиенического состояния Донской деревни (на охрану почвы, на осушку мелких болот, на устройство боен, на охрану водоемов и колодцев и т. д.).

В этих целях необходимо усилить **санитарную организацию** в районах.

В целях поощрения всяких начинаний сельсоветов в деле санитарного благоустройства деревни (устройство колодцев, боен, осушка болот и т. п.), с'езд признал необходимым образовать **окружный профилактический фонд** для субсидирования местных организаций.

В деле **охраны материнства и младенчества** с'езд предложил Донздравотделу увеличить число акушерок на врачебных участках и организовать надлежаще оборудованные родильные койки.

Ясельная кампания должна быть усилена, для чего привлечь к участию в их организации страховые суммы, средства детских комиссий и проч. общественных организаций.

С'езд высказался за удлинение срока работы ясель до 4-х месяцев и переход, где этого потребуют местные условия, к более длительному пребыванию ребенка в яслях, т. е. к „недельным“ яслям.

С'езд обратил внимание на необходимость улучшения санитарно-гигиенических условий детских учреждений и укрепления организации по охране **здоровья подрастающего поколения** в районах.

Отметив первостепенное значение **физической культуры,** с'езд призвал сельских медицинских работников к участию во всех начинаниях крестьянина и казака в области физической культуры.

В резолюции по докладу **„быт и труд медработника"** с'езд указал на необходимость доведения заработной платы до прожиточного минимума, путем использования части средств из лечебно-страхового фонда.

Отмечая случаи нарушения **прав медицинского персонала** на селе, с'езд постановил принять меры через Донисполком для точного определения взаимоотношений участковых врачей с сельсоветами и Райисполкомами.

Таковы главнейшие решения, принятые с'ездом.

С'езд закончил свою работу 14 ноября 1925 года.

Коммунистическая партия сознает, что в настоящий момент каждый шаг вперед тесно связан с работой интеллигенции, работников высоко-квалифицированного труда—инженеров, техников, врачей, агрономов и т. д.

Это выполнимо лишь тогда, когда мы сочетаем труд высоко-квалифицированных специалистов с физическим трудом рабочих и крестьян, сочетаем этот труд целесообразно.

М. И. КАЛИНИН.

(Из речи на 1-м Всесоюзном с'езде участковых врачей).

„В основу своей деятельности Российская Коммунистическая Партия (большевиков) полагает прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний“.

Из программы РКП (б).

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ДОНСКОГО ОКРУЖНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

за 1925 г.

„Капиталисты бросают людей в болезни, а потом развертывают свои лечебные заведения, свою лечебную помощь.

Настоящая профилактика (предупреждение болезни) в условиях капиталистического строя совершенно невозможна. Настоящая профилактика может быть только в условиях такого строя, как строй Советский, строй трудящихся".

(Из речи представителя Итальянской Коммунистической Партии т. Маффи на V-ом Всерос. С'езде Здравоохранения).

Придавая весьма важное значение санитарно-просветительным мероприятиям в деле оздоровления крестьянского населения, предложить Народному Комиссариату Здравоохранения усилить работу в этой области через медицинский персонал участков как в самих сельских медицинских учреждениях, так и в избах-читальнях и домах крестьянина, школах и детских организациях, вовлекая в эту работу учительство и другие культурные силы деревни.

(Из постановления Совнаркома РСФСР по докладу Наркомздрава от 26/II—1926 года).

Мы начали великую войну, которую нескоро кончим, войну за Россию просвещенную, светлую, сытую, здоровую.

В. И. Ленин.

Санитарное просвещение.

Деятельность Донского Отдела здравоохранения в области санитарного просвещения сводилась к возможно полному охвату воспитательной работой трудящихся города и деревни. Эта деятельность осуществлялась через клубы, избы-читальни, школы путем постоянной увязки санитарно-просветительной работы с работой других ведомств и учреждений, преследующих политико-воспитательные и культурно-просветительные цели. Общее руководство и непосредственное обслуживание г. Ростова и районов округа проводилось Донским Окружным Домом Санитарного Просвещения.

Донской Дом Санитарного Просвещения.

Дом Санитарного просвещения имеет **музей-выставку** из 9-ти крупных отделов: анатомии, гигиены, социальных болезней (туберкулез, венерические болезни, алкоголизм), охраны материнства и младенчества, физкультуры и др.

Общее количество экспонатов (плакатов, моделей и пр.) в Доме Санитарного Просвещения достигает 800, из них до 200 оригинальных художественных плакатов, изготовленных Домом.

Музей-выставка обслуживает организованные группы населения: членов профессиональных союзов, делегаток женотдела, комсомольцев, учащихся, красноармейцев, крестьянство (через „Дом Крестьянина“ в Ростове). Экскурсии в 25—30 чел. в Дом Санитарного Просвещения всегда сопровождаются об'яснениями врачей-лекторов. Одиночные посетители посещают Дом только по воскресеньям.

Аудитория, вмещающая 200 чел., приспособлена для массовой работы с демонстрацией диапозитивов (туманных картин) и кино-лент. Кроме того, в аудитории происходят собрания, конференции и с'езды по вопросам здравоохранения.

При Доме имеется Центральная медицинская **библиотека и читальня**, которыми пользуются члены всех союзов. Со дня открытия (в 1923 г.) библиотека непрерывно пополняется новейшей русской и иностранной литературой.

В настоящее время числится в Доме 5346 книг (из них только за первую половину 1925-26 года приобретено 914 книг.) В 1925 году русских журналов было выписано—57, иностранных—11; в 1926 году —русских журналов—112, иностранных—23.

Постоянных подписчиков по библиотеке—до 250 чел. С января месяца с. г. библиотекой производятся **вырезки** (статей и др. материалов по вопросам здравоохранения) из 6-ти центральных и 3-х местных газет.

При Доме Санитарного Просвещения имеется **подвижной фонд наглядных пособий**, которым пользуются лектора и состоящий из:

1. Кино-лент на различные санитарно-просветительные темы. 8
2. Диапозитивов 50 комплектов 1329
3. Таблиц по разным вопросам 92
4. Передвижных выставок (по глазным и венерическим болезням) 2
5. Фото-сказок (туманные картины для детей) 2
6. Кино-аппаратов 3
7. Волшебных фонарей 3

С I/X—25 г. по I/IV—1926 г. из подвижного фонда было выдано: диапозитивов 3194, таблиц и плакатов—285, кино-лент—67.

С ноября 1924 г. организована **методическая комиссия**, которая прорабатывает вопросы по санитарному просвещению. В состав комиссии входят санпросветработники, врачи профилактических учреждений и организаций Ростова и друг.

При Доме проводится **стажирование** (подготовка) молодых врачей и ведутся занятия по ознакомлению студентов-медиков с вопросами санитарного просвещения.

Работа по городу Ростову и Нахичевани н/Д.

Лекционная работа в клубах ведется приглашаемыми через Дом Санитарного Просвещения лекторами; **на предприятиях и в учреждениях** лекции читают врачи диспансеров, медико-санитарных пунктов, учреждений матмлада и др. При этом широко используется наглядный метод путем обслуживания лекций диапозитивами, таблицами, плакатами и кино-лентами. Придавая большое значение наглядному методу, Дом Санитарного Просвещения за отчетный период неуклонно шел по пути организации на предприятиях, клубах, школах, детских домах и учреждениях санитарных уголков—**„Уголков Здоровья“**.

Материалом для этого послужили: альбом заразных болезней, таблицы по анатомии, выставки по малярии и оспе и др.

Выставки по вопросам здравоохранения.

Недостаток наглядных пособий на рынке поставил Дом Санитарного просвещения перед необходимостью самостоятельно разработать выставки по различным вопросам. Так, разработана выставка „туберкулез“ (24 художественных плаката), готова к печати „Глазная выставка“ (6 плакатов), изданы выставки: „оспа“ (4 плаката) и „малярия“ (6 плакатов). Отпечатанные выставки получили свое применение не только в нашем округе и Северо-Кавказском Крае, но и по всему Союзу. Эти выставки рекомендуются Наркомздравом для организации в культурно-просветительных учреждениях „Уголков Здоровья“.

Кроме „Уголков Здоровья“, время от времени в клубах и на предприятиях устанавливалась **передвижная выставка по вопросам борьбы с сифилисом,** разработанная совместно с Ростовским венерологическим диспансером. „Уголки Здоровья“ снабжены популярной литературой. Помещались статьи в местной периодической печати и в стенных газетах предприятий, школ, клубов и учреждений.

Широко использованы инсценировки, санитарные пьесы и лубки. Инсценировки: „Суд над проституткой“, „Суд над алкоголиком“, пьеса „Порт“ и санитарный лубок „Кончилось счастье“ обслужили все клубы и произвели большое впечатление.

Работа в школах. Помимо общей санитарно-просветительной работы, проводимой **в школах** второй ступени, следует отметить, что в большинстве школ организованные „уголки здоровья" пополняются местным материалом: слепками, зарисовками, изготовленными самими же учащимися после посещения Музея Дома Санитарного Просвещения, отражая при этом местный школьный быт. Некоторыми школьными группами ставились санитарный лубок: „Семь зараз—убьем за раз" и инсценировка сказки „Мой-до-дыр". Последняя, кроме того, демонстрировалась в школах I ступени.

Итоги работы Дома Санитарного Просвещения (с октября 1924 г. по апрель 1926 г.) сводятся к следующим данным:

1. Дооборудовано 249 санитарных уголков на предприятиях, клубах, школах и пр.
2. Выдано: наглядных пособий (таблиц, плакатов) около 12 тысяч; популярной литературы до 7 тысяч экземпляров; листовок, лозунгов около 2500; **открыток** по охране матмлада свыше 600; **газет** по охране матмлада 3500.
3. Прочитано свыше 1800 **лекций** на предприятиях, в клубах, с числом слушателей около 50 тысяч человек.
4. Проведено 366 **экскурсий** в Дом Санпросвета с числом посетителей до 9 тысяч чел.
5. Проведено больше ста **кино-демонстраций** с числом зрителей до 31 тысячи человек.
6. Прочитано 11 **радио-лекций** (с февраля 1926 г.)
7. **Передвижной выставкой** по венерическим болезням обслужено 28 предприятий с числом посетителей до 16 тысяч человек.
8. Проведено 2 **кампании по туберкулезу и матмладу**.
9. Издано 5 **брошюр** на разные темы и выставка по оспе.
10. Приобретено 5 **кино-лент**.

Нельзя не отметить здесь же нарастающий успех кино-демонстраций санитарно-просветительного характера среди населения. С февраля 1926 г. Дом Санитарного Просвещения начал использовывать **радио**. Еженедельно в определенный день и час (по средам с 6 до 7 ч. вечера) из Краевой широковещательной радио-станции передаются лекции по санитарному просвещению.

Работа в районах.

Центральным местом работы по санитарному просвещению в районах являются: избы-читальни, школы и амбулатории, где постепенно создаются „уголки здоровья" из таблиц, плакатов и др. наглядных пособий. Большое оживление в эту работу внесли проработанные Домом Санитарного Просвещения и изданные художественные плакаты по малярии и оспе. Помимо наглядных пособий, при „уголке здоровья" имеется популярная библиотечка. К тому же каждый район в этом году получает научно-медицинских журналов—11 и популярных—3. Все это помогает работникам мест—районным врачам и участковому медицинскому персоналу—проводить санитарное просвещение.

Летом 1925 года (для глазного отряда, который проводил работу в Кущевском и Старо-Минском районах) Домом Санитарного Просвещения была специально разработана „Глазная выставка". Выставкой было обслужено 3.000 человек.

Следующие данные характеризуют обслуживание Домом Санпросвещения районов с октября 1924 г. по апрель 1926 г.

Направлено в районы: наглядных пособий (таблицы, плакаты и проч.)—9430, научных книг и журналов—3118, популярных журналов и брошюр—8759, листовок и лозунгов—39764, открыток по охране матмлада—460, жетонов—3350, диапозитивов—57, муляжей—13.

Кроме общего снабжения, реорганизованный Дом Санитарного Просвещения в г. Ейске дополнительно получил таблиц и диаграмм—176 и ряд весьма ценных экспонатов.

За отчетный период можно отметить, что районные центры и даже отдаленные медицинские участки населенных пунктов нашего округа при проведении санитарного просвещения пользуются, хотя бы и частично, но всеми видами санитарно-просветительной работы.

Не только лекции и беседы, но также инсценировки сансудов и сценические постановки стали практиковаться все чаще и чаще в районах. Вместе с тем и кино-ленты нашли себе место в санпросветработе районов. Кино-ленты по малярии, матмладу, туберкулезу, алкоголизму побывали на всех местах, где имеются кино-установки.

В 1924/25 (бюдж.) году по районам было проведено кино-демонстраций—51 (в Азовском, Новочеркасском, Батайском, Кущевском и Ейском районах) с числом посетителей—12500 чел.

Лекционная работа в районах—в среднем 12 лекций в месяц по району с числом посещений каждой лекции от 80 до 100 человек—по большей части сопровождаются демонстрацией диапозитивов, таблиц и друг. наглядных пособий.

За отчетный период окружным врачем-инструктором было обслужено 8 районов. Отмечается недостаточное использование местными работниками санитарно-просветительной литературы, наглядных пособий, а в некоторых участках даже не ведется учет санпросветматериалов, отпускаемых Домом Санитарного Просвещения в порядке снабжения районов.

Санитарно-просветительная работа в Донском Доме Крестьянина.

Борьба с венерическими болезнями, малярией и заразными болезнями вообще; борьба с алкоголизмом, охрана материнства и младенчества,—вот те жгучие вопросы, которыми горячо интересуется крестьянство. Для санитарно-просветительной работы выделен один день в неделю (пятница). Лекции обычно сопровождаются туманными картинами и всякий раз привлекают большое количество слушателей.

В Доме Крестьянина показывались кино-ленты по малярии, алкоголизму, сифилису и охране материнства и младенчества. В читальне и аудитории Дома Крестьянина оборудован „уголок здоровья“, при этом дается санитарное знание в такой форме, которая доступна даже малограмотному человеку. Этот „уголок“ служит образцом для организации подобных уголков в деревнях.

В Доме Крестьянина с 1/X 1924 г. по 1/IV-26 г. было прочитано лекций—84, с числом слушателей—7983. Кино-демонстраций с 1/X-25 г. по 1/IV-26 г. состоялось 19, с числом посетителей—2355.

Ежедневно, по четвергам, из „Дома Крестьянина“ в Дом Санитарного Просвещения направляются экскурсии. Проводятся они под руководством окр. инструктора-врача. С 1/I-25 г. по 1/IV-26 г. было проведено экскурсий—24, с числом посетителей—600 чел. Значение этих экскурсий очень велико. Крестьяне и крестьянки собственными глазами видят то, о чем никогда и не думали. Сильное впечатление

у них оставляет имеющийся в музее человеческий труп, который без всяких „чудес“ не портится и не разлагается.

Силами венерологического диспансера в Доме Крестьянина неоднократно проводился „Суд над сифилитиком“. Ставился санитарный лубок, написанный по заданию Дома Санитарного Просвещения: „Семь зараз—убьем за раз“.

Авто-кино-передвижка.

Летом 1925 г. (июль-август) Домом Санитарного Просвещения была организована кино-передвижка на специально-приспособленном автомобиле для обслуживания сел, станиц и хуторов отдаленных районов.

Цель организации авто-кино-передвижки была такова: при помощи санитарного просвещения подрезать корни знахарства на селе, широко и доступно преподать населению знание о социально-бытовых заболеваниях и, наконец, вызвать среди крестьянства и казачества интерес к охране своего здоровья, к здоровью семьи и окружающих. Ведь, если районным центрам, станицам и селам, где расположены лечебно-санитарные учреждения, доступно санитарное просвещение, то отдаленные села и хутора совершенно лишены этой возможности.

Передвижка посетила Багаевский и Семикаракорский районы.

Помимо кино-лент и передвижной выставки по охране здоровья, передвижка была снабжена диапозитивами, таблицами, плакатами и популярной литературой для оборудования в избах-читальнях „уголков здоровья“.

В Багаевском районе в течение 18 дней обслужено 12 пунктов. Проведено 22 кино-сеанса и 2 лекции с диапозитивами. Большинство посетителей были женщины—60%, затем дети—25% и мужчины—15%. Такое соотношение посетителей об‘ясняется „страдной“ летней порой, когда хлеборобы заняты уборкой полей.

В Семикаракорском районе кино-передвижка посетила 8 пунктов. Работа проводилась в течение 16 дней, за это время проведено киносеансов—18, с числом зрителей—9785 чел.

Многие из стариков подходили к полотну, трогали пальцами, недоверчиво качали головой и боязливо заглядывали под полотно. Стоило на полотне показаться скачущим лошадям, как толпа с шумом и криком „тикайте, задавят“, соскакивала с передних мест. А сколько старух на этих вечерах тихонько крестились, усматривая в картинах какое-то „дьявольское навождение“. Но кино изумительно владело зрителями и они, крестясь, все-же из изб-читален и с площадей не уходили. В настоящем году временная кино-передвижка оборудуется для постоянного обслуживания районов.

Медико-санитарные учреждения—проводники санитарного просвещения.

Приведенные данные далеко не исчерпывают всей работы по санитарному просвещению. Вся медико-санитарная организация Донздравотдела и, в первую очередь, профилактические учреждения (диспансеры, учреждения по охране материнства и младенчества, медико-санитарные пункты) развернули достаточно широкую санитарно-просветительную деятельность под общим руководством Дома Санитарного Просвещения.

Борьба с туберкулезом и венерическими болезнями.

Диспансер—на борьбу с болезнями.

Борьба с туберкулезом, сифилисом и венерическими болезнями в округе проводилась через особые лечебно-профилактические учреждения—**диспансеры.** В задачу диспансерных учреждений входили:

1) Возможно полный охват и тщательный учет больных социальными болезнями.

2) **Обследовательская работа** на дому и предприятии в целях выяснения условий труда и быта и устранения причин, способствующих заболеванию.

3) **Санитарно-просветительная работа** среди больных и населения в целях широкого осведомления народных масс о мерах предупреждения заболеваемости и оздоровления окружающей среды.

4) **Социальная помощь** через организацию общественной санитарной самодеятельности (здрав'ячейки, Советы социальной помощи) в целях материальной поддержки больных, облегчения условий труда (перевод на другую работу), оздоровления бытовых условий (содействие в предоставлении здоровых жилищ и т. п.).

5) **Лечебная помощь** через диспансер и подсобные учреждения: дневные и ночные санатории, диэтические столовые и др.

I. Борьба с туберкулезом.

Работа диспансеров в Ростове.

В 1925 г. в г.г. Ростове и Нахичевани работали два туберкулезных диспансера (Нахичеванский—только с августа): Центральный в Ростове со штатом в 32 единицы и районный в Нахичевани со штатом в 19 человек. Всего в обоих диспансерах за это время прошло 7053 больных, сделавших 27542 посещения. Из этого числа оказалось больных туберкулезом 3093. Дети составляют 20,6% всего числа первичных больных. Больных с открытыми формами туберкулеза выявлено было 508.

Если принять во внимание, что заболеваемость туберкулезом в г.г. Ростове и Нахичевани равна 2—2,5%, то оказывается, что диспансерами охвачено до 78% всех туберкулезных больных города. В отношении остальных 22% неохваченных больных, можно с уверенностью сказать, что они в большинстве приходятся на неорганизованные группы населения, так как рабочие и служащие охвачены диспансерами на 100%, благодаря бдительности здрав'ячеек и врачей медико-санитарных пунктов на предприятиях.

Кроме обычной лечебной помощи, диспансерами было оказано больным, в зависимости от показания к этому, 3047 лечебных пособий, согласно новейшей медицинской практике (пневмотораксы, туберкулинизация и пр.); рентгено-кабинет пропустил 472 больных, которым сделано 4777 просвечиваний. Следует также отметить работу лабора-

тории, которая сделала 3800 исследований мокроты и 350 прочих исследований.

Госпитальная больничная помощь, которой располагали диспансеры в 1925 г. для тяжелых форм туберкулеза, состояла из 40 коек Нахичеванской больницы. К концу года это туберкулезное, отделение было закрыто, взамен чего в г. Новочеркасске был открыт дом хроников на 37 коек, а для особо тяжелых случаев в университетских клиниках Ростова заарендовано было 15 коек. Всего прошло за 1925 г. через больницы и клиники 135 человек, направленных диспансерами, а через Новочеркасский дом хроников—45 человек.

Обследовательская работа диспансеров, проведенная за 1925 г., возросла по сравнению с прошлым годом и значительно углубилась. Всего проведено обследований 3980, на 23% больше, чем в 1924 г.; особенно подвергались обязательным и частым обследованиям больные в заразной форме (бациллярные). Данные обследования показали, что социальные условия больных чрезвычайно неблагоприятны: 33% больных живут в скверных квартирных условиях и 51% очень плохо питаются. С целью более внимательного наблюдения и оказания помощи на дому, в штат диспансера (с марта месяца) были введены патронажная сестра (обследовательница) и расхожий врач, который сделал 718 визитов.

Санитарно-просветительная работа проводилась работниками диспансеров как в самом диспансере, так и вне его. Всего за 1925 г. было сделано выступлений: внутри диспансера 86, вне диспансера: докладов 18, лекций 32, бесед 12, санитарных инсценировок 2, проведено кино-сеансов 2, организовано здравуголков 6, выпущено стенных газет 3.

Ночные санатории.

Большим завоеванием в 1925 г. следует считать открытие ряда подсобных учреждений при диспансерах, из которых особенно ценными являются **ночные санатории.** В ночные санатории помещаются рабочие с начальными формами туберкулеза, которые живут в тяжелых условиях жилища и питания. Оставаясь на производстве и неся обычную трудовую нагрузку, они по окончании рабочего дня отправляются в ночные санатории, где проводят остаток дня и ночь, чтобы утром вновь вернуться к станку. В этих санаториях больные получают хороший вкусный стол, полный отдых, покой и сон в наиболее здоровых и гигиенических условиях. Помимо этого, во время пребывания в ночных санаториях больные подвергаются тщательному гигиеническому воспитанию, приучаются к пользованию водой (ежедневные души и обтирания) и свежим воздухом, приобретают культурные навыки и часто расстаются с вредными привычками (бросают курить). Пребывание в ночных санаториях задерживает дальнейшее развитие болезни, вызывает стойкое улучшение и в то же время сохраняет на производстве нужного работника. Летом 1925 г. Донздравотделом был открыт ночной санаторий на 50 коек в Нахичеванских дачах; осенью при Нахичеванском тубдиспансере организован ночной санаторий на 25 коек для открытых форм. Кроме того, Советом социальной помощи был открыт ночной санаторий при Донской Государственной Табачной Фабрике на 15 коек. Таким образом, общее количество коек в Ростове в ночных санаториях достигло 90. Всего больных до нового года прошло 157, проведших 6929 койко-дней. Средняя прибавка в месяц была 2—2½ кило (5—6 фунтов). Срок пребывания был не меньше 2-х месяцев. Выписалось со значительным улучшением—25%, с улучшением—72% и без улучшения—3%.

Детский дневной санаторий и площадка.

Кроме ночных санаторий, летом 25 г. были также открыты 2 подсобных учреждения для борьбы с детским туберкулезом:

1) **Детский дневной санаторий** на 50 детей—на средства Донздравотдела;

2) Детская дневная **площадка** на 70 детей—на средства Красного Креста и Совета социальной помощи. Срок пребывания в них детей был также два месяца. Всего за лето прошло 368 детей. Дети получали вполне достаточное питание и усваивали гигиенические навыки. Помимо того, с ними проводились занятия как трудовые, так и школьные. Прибавка в весе достигала в среднем 3,2 кило (8 фунтов). С значительным улучшением выписалось 15%, с улучшением 62% и без улучшения 21%. Сравнительно большой процент непоправившихся детей (21%) об'ясняется большим количеством среди них больных малярией.

Диспансеры в Новочеркасске и Азове.

Существующая до настоящего времени сеть противотуберкулезных учреждений по округу состоит всего из двух диспансеров: Новочеркасского и Азовского. Оба диспансера не были включены в местный бюджет. На содержание Новочеркасского диспансера черпались средства Новочеркасского санитарного совета и Общества Красного Креста (РОКК'а), Азовский же диспансер содержался за счет средств, собранных во время туберкулезного трехдневника плюс незначительные суммы, поступившие в течение года от РОКК'а и от некоторых благотворительных зрелищ. Имея такую непрочную материальную базу, обоим диспансерам удалось организовать из подсобных учреждений только диэтические столовые. В Новочеркасском диспансере столовая с пропускной способностью в 50 человек проработала весь год и выдала 8683 пайка. В Азовском туберкулезном диспансере столовая проработала по сентябрь месяц и выдала 2532 пайка (пропускная способность 30 человек).

При небольших штатах (Азовский туберкулезный диспансер имеет одного врача и двух сестер обследовательниц, а Новочеркасский—3 врачей и 3 сестер обследовательниц), диспансерам удалось развернуть большую работу как в лечебном, так и в профилактическом отношении. Обоими диспансерами зарегистрировано 3161 туберкулезных больных, которые сделали 16737 посещений. Диспансеры обслуживали главным образом (на 95%) население обоих городов и ими охвачено и учтено до 90% всего числа зарегистрированных туберкулезных больных. В виду малочисленности штата Азовского диспансера, санитарно-просветительные выступления среди здорового населения проводились редко, а велись главным образом среди больных, посещающих диспансер. Новочеркасский же диспансер, располагая большим штатом, проделал как среди больного, так и здорового населения 171 выступление с количеством слушателей 11213. Обследовательская работа проводилась обоими диспансерами в достаточно широком размере. Всего было произведено обследований обоими диспансерами 2910. Обследовались в первую очередь больные наиболее заразные, а затем—все остальные, по показаниям, нуждающиеся в обследовании.

Проделанными обследованиями удалось выявить большое наличие очагов туберкулеза как в Азове, так и в Новочеркасске. Из других сторон деятельности Новочеркасского диспансера необходимо обратить внимание на общественную сторону его работы. Диспансером организовано среди рабочих и служащих Новочеркасска 15 здрав'ячеек с количеством членов в них до 5000. Диспансером проведена совме-

стно с здрав'ячейками большая оздоровительная работа. На большинстве заводов Новочеркасска приобретены: умывальники, плевательницы, полотенца и другие предметы гигиены, каковых не было до 1925 года.

Организация во многих предприятиях Новочеркасска „уголков здоровья“ является также результатом работы диспансера. Такова в общих чертах борьба с туберкулезом, проведенная диспансерами в двух районах Донокруга. Дальнейшее существование их зависит от подведения под них твердой материальной базы, которая может быть осуществлена содержанием этих учреждений на районных бюджетах.

Борьба с туберкулезом в деревне.

Противотуберкулезная борьба ведется во всех районах округа (кроме Черкасского и Азовского, где она ведется районными диспансерами) исключительно силами медицинских сельских участков. При том огромном количестве разнообразных больных, которые обращаются к участковому врачу, последнему приходится оказывать туберкулезным больным весьма ограниченную лечебную помощь. Профилактическая же работа врача сводится к редким санитарно-просветительным выступлениям на общегражданских собраниях. Учет больных, наблюдение, обследование, социальная помощь почти отсутствуют. Распространение же туберкулеза по сельским местностям Донского округа имеется в такой сильной степени, что нужно считать вопрос борьбы с туберкулезом на селе достаточно назревшим. Так, по данным участковых врачей на каждые 10000 населения (за исключением Ростова и Нахичевани) в 1925 г. было зарегистрировано 111 человек больных туберкулезом. Безусловно эта цифра ниже настоящей, так как медицинский участок не в состоянии учесть всего фактического количества туберкулезных больных в окрестных селениях врачебного участка.

II. Борьба с венерическими болезнями.

Работа Ростовского венерологического диспансера.

В 1925 г. работа венерологического диспансера получила значительное развитие и вполне выявленное профилактическое направление. Связь с рабочими массами осуществлялась через Совет социальной помощи и здрав'ячейки, где проводится плановая и санитарно-просветительная работа. Диспансер пользуется широкой популярностью в рабочих массах.

Посещаемость диспансера увеличилась более, чем на 100% по сравнению с 1924 г. Всего первичных больных прошло 7.314, сделавших 94.420 посещений. Из них было обнаружено больных сифилисом и венерическими болезнями 3338 человек. Таким образом, за 1925 г. венерологический диспансер охватил 60% всех лечащихся в городе венериков. Число застрахованных, обращающихся в диспансер достигает до 50% всех первичных больных диспансера. Средняя посещаемость в день превышает—350.

Обследовательская работа венерологического диспансера проводилась в плановом порядке, при чем систематическим обязательным осмотрам подвергались лица, занятые в пищевкусовой промышленности, обитатели ночлежных домов, общежитий, служащие бань и Дома Матери и Ребенка матмлада. Проводились эти обследования в специальных обследовательских пунктах в Ростове и Нахичевани. Осмотру подверглось 40558 чел. на 790 предприятиях. Выявлено больных венерическими болезнями 2,5%.

Главное же свое внимание диспансер обратил на обследование семей венерических больных. Целесообразность этих обследований

сказалась в том, что из 673 обследованных членов семей больных было обнаружено больных сифилисом и венерическими болезнями 41,8%. Это говорит за то, что центром обследовательской работы должна стать именно семья. В общем за 1925 г. венерологическим диспансером охвачено обследованием до 30% семейных больных. Следует добавить, что обследования в семьях проводятся только с согласия на то больного и требуют от медперсонала чрезвычайно тактичного, чуткого и умелого подхода в этом щепетильном деле.

В течение 1925 г, удалось сосредоточить в диспансере учет венерических больных города, лечащихся как в венерических кабинетах амбулаторий, так и у частных врачей. Больные же лечащиеся в диспансере находились под постоянным наблюдением и, в случае неявки на повторное лечение, диспансер напоминал об этом больному через обследовательский аппарат. Благодаря указанным наблюдениям, из числа прервавших лечение привлечено вновь к лечению 146 больных.

В отделении диспансера при консультации материнства и младенчества работа значительно усилилась. Было принято 878 первичных больных, сделавших 2074 посещений. Подвергались также обследованию семьи больных матерей и младенцев через патронажных сестер консультации.

Санпросветработа по сравнению с 1924 г. резко возросла, при чем значительно улучшились методы работы. Совместно с Домом Санитарного Просвещения была организована **передвижная выставка,** которая демонстрировалась во всех крупных предприятиях и клубах. Силами диспансера было проведено 49 экскурсий с числом посетителей 20792. В своей просветительной деятельности диспансер использовал все виды и формы этой работы, как-то: лекции, беседы, демонстрации кино-фильм, сансуды, вечера вопросов и ответов и проч. Всего выступлений было сделано 843 (против 332 в прошлом году), из них 336 внутри и 507 вне диспансера.

Таким образом, вендиспансер в Ростове, начав существование в в 1923 г. в виде скромной амбулатории, в настоящее время разросся в могучее противо-венерическое учреждение, успешно ведущее борьбу на этом тяжелом фронте. Жизнь не только оправдала существование венерологического диспансера, но выдвигает в текущем году (1926) ряд новых задач перед ним. Наличие значительного количества больных из Нахичевани диктует необходимость развертывания районного венерологического диспансера в Нахичевани. Для лучшего обслуживания больных венерологическим диспансером, необходимо обзавестись собственной, хорошо оборудованной лабораторией. Наконец, обследование семей большинства венерических больных является также первоочередной задачей текущего года.

Борьба с венерическими болезнями в районах.

В 1925 г. было зарегистрировано в районах Донского округа (без городов) всего венерических больных и больных сифилисом 6017, что составляет свыше 90 больных на каждые 10000 человек населения. Распространение венерических болезней по сельским местностям округа достигает гораздо больших размеров, если принять во внимание далеко неполный учет действительного наличия венерических больных, находящихся в селах и хуторах, где отсутствуют медицинские участки.

В большинстве сельских местностей борьба с венерическими болезнями проводилась исключительно врачебными участками и носила по преимуществу лечебный характер. Профилактическая же работа выражалась лишь в проведении от времени до времени соответствую-

щих лекций и бесед участковым врачем на обще-гражданских собраниях. Обслуживание венерических больных округа в специальных учреждениях проводилось только в Новочеркасском венерологическом диспансере, Аксайском венерологическом пункте, Ейском и Азовском венерологических кабинетах. Ейский и Азовский венерологические кабинеты являются венерологическими амбулаториями и в своей работе мало отличаются от остальных амбулаторий городов. Что же касается Новочеркасского венерологического диспансера и Аксайского венерологического пункта, то они являются уже учреждениями лечебно-профилактического характера. Если принять во внимание, что оба эти учреждения существуют фактически не более одного года (Аксайский венерологический пункт—9 месяцев), то по количеству принятых ими больных можно судить о той известности и значении, которое так быстро приобрели эти учреждения среди населения.

Новочеркасским венерологическим диспансером за 1925 г. принято 380 больных сифилисом и 395 больных прочими венерическими болезнями; больными сделано в течение года 23029 посещений. Таким образом, в диспансере лечилось большинство венерических больных, имеющихся в Новочеркасске.

Аксайским венерологическим пунктом обслужено 88 больных сифилисом и 106 больных прочими венерическими болезнями, что составляет 47,3% всего количества зарегистрированных венерических больных по Аксайскому району.

Профилактическая деятельность названных венерологических учреждений заключалась в санитарном просвещении и в обследовательской работе. Новочеркасским диспансером проведено 186 лекций и собеседований при 5987 слушателях. Аксайским венерологическим пунктом было проведено 63 выступления при 347 слушателях.

Обследовательская деятельность также достаточно широко проводилась обоими учрождениями. Обследованиям подвергались: семьи лечащихся венериков, обращающиеся в консультацию матери с детьми, учащиеся школ, рабочие пищевкусовых учреждений, ночлежные дома, бани и проч. Общее число лиц, обследованных пунктом и диспансером равно 5812, из них обнаружено: больных сифилисом и прочими венерическими болезнями 6,2%. Итак профилактическая работа составляла важнейший момент деятельности как Новочеркасского диспансера, так и Аксайского венерологического пункта.

С ноября месяца 1925 г. предусмотрено по бюджету РИК‘ов открытие венерологических учреждений во всех районах округа. Уже организованы и работают венерологические пункты в Батайске, Багаевской, Мечетинской и Кривянской (Новочеркасского района). Организация венерологических пунктов в остальных районах тормозится отсутствием квалифицированного врачебного персонала и низкой ставкой зарплаты. При Ростовском венерологическом диспансере проходят специальный стаж 3 врача, которые после 6-ти месячной или более длительной диспансерной подготовки будут направлены для организации противо-венерической работы в районах.

В 1926 г. будут организованы венерологические пункты во всех или, по крайней мере, в большинстве районов округа.

Охрана Материнства и Младенчества.

1925 г. в истории развития Охраны материнства и младенчества будет отмечен, как год больших достижений.

Достижения эти сводятся:

1) К значительному расширению городской сети матмладовских учреждений и углублению их работы.

2) К проникновению и развитию сети матмладовских учреждений на селе.

3) К действительному вовлечению как городского, так и сельского населения в активную работу по охране материнства и младенчества.

Детские консультации в городах округа.

Первая и основная задача Охраны материнства и младенчества— борьба с детской смертностью и укрепление физического состояния детей в грудном возрасте. Эта задача разрешается путем широкой пропаганды идей правильного ухода за ребенком, проводимой в консультациях. К началу 24-25 операционного года в городах Ростове и Нахичевани было 4 детских консультации с ежедневным приемом шестью врачами. В течение 1925 г. открыто было 3 новых консультации и число приемов увеличено до 11. Всего прошло через консультации 8140 детей, сделавших 64657 посещений.

В общем, **консультациями по городам Ростову и Нахичевани охвачено в настоящее время уже до 90% всех детей грудного возраста.** Это значит, что из каждых 10 младенцев, девять фактически развиваются под наблюдением врачей консультации. Наблюдение за правильным уходом за ребенком ведется не только в стенах консультации, но и на дому, в семье. Для этого при консультациях имеется штат **патронажных сестер** (сестер-обследовательниц). Последними сделано за год 17.647 посещений.

При некоторых консультациях работают **молочные кухни**, в которых готовятся различные молочные смеси для прикармливания детей. Из 3-х кухонь, работавших в 1925 г., выдано было за год 662884 порций молочных смесей.

Из других городских центров в округе до районирования Донской Области консультации были только в городах Новочеркасске и Азове—по одной в каждом.

За отчетный год открыто две новых консультации с молочной кухней в г. Ейске.

Сельские консультации.

Особенным достижением следует считать проникновение консультаций в деревню. В смету на 24-25 операционный год по окружному бюджету внесена была необходимая сумма на содержание сельских консультаций по одной в каждом районе.

К началу 1925 года были открыты консультации во всех районных центрах и в станице Заплавской Черкасского района. В течение

года удалось значительно расширить сеть сельских консультаций, благодаря отпущенным Донисполкомом для этой цели деньгам. **К 1-му января действовало в районах 30 сельских консультаций.**

Основная трудность в деле организации сельских консультаций— приискание для работы в них квалифицированного медицинского персонала. В этих целях Донздравотделом проведены курсы подготовки врачей и акушерок при Ростовских консультациях.

Всего было направлено в деревню 32 врача и 43 акушерки для работы в консультациях и на вновь открытых акушерских пунктах. Всего через консультации в районах за неполный год их работы прошло 33022 детей, сделавших свыше ста тысяч посещений. Проведено посещений на дому патронажными сестрами (акушерками) 11.407. Работа с каждым месяцем в деревенских консультациях растет количественно и качественно. В консультации приводят не только больных детей. Процент приносимых в консультации здоровых детей заметно увеличивается. Например, в Мечетинской консультации в 1-е полугодие 1925 г. было только 10% обращений со здоровыми детьми. Во втором полугодии % этот поднялся до 35. В отдельных консультациях % обращений со здоровыми детьми доходит до 50.

Консультации для беременных.

На ряду с детской консультацией работает и **консультация для беременных.** Консультация является школой для матери и по уходу за собою. Охрана материнства взяла на себя заботу по охране здоровья женщины с первого месяца беременности и до конца периода кормления. Через консультации для беременных обслужено по городам Ростову и Нахичевани 15719 женщин, сделавших за год 61871 посещений и в районах 8427 женщин.

Работа консультаций оказала большое влияние на **уменьшение детской смертности.** По статистическим данным за 1924 и 1925 годы смертность детей до года в рабочих районах города Ростова упала до 17% с 30% в довоенное время.

Ясли.

Второй основной тип матмладовских учреждений — **ясли.** Задача организации ясель—дать возможность женщине совместить материнство с работой в производстве и в поле и с участием в общественной жизни.

К началу 1925 года во всем Донокруге было 8 яслей с 350 койками в них: в городах Ростове и Нахичевани—5, одни ясли в городе Ейске на 10 коек, одни—в городе Азове на 20 коек и одни—в городе Новочеркасске на 20 коек.

В 1925 году число постоянных яслей увеличилось только в городах Ростове и Нахичевани, где на 1 января 1926 г. было 12 яслей с общим числом коек в них—500. Организация эта все же чрезвычайно недостаточна для обслуживания работниц-матерей. Только 25-30% детей работниц могут быть приняты в настоящее время в ясли.

Из городских яслей 5 с 170 койками содержатся по бюджету Здравотдела, 7 яслей с общим числом коек в них—330 открыты и содержатся за счет предприятий, обслуживаемых яслями. Дальнейшее развитие яслей в городе должно итти за счет определенных отчислений на этот предмет из фондов на улучшение быта рабочих. Ясель-

ная кампания в районах началась уже в январе месяце 1925 года, с первых же дней работы там консультации. Донисполком ассигновал на открытие летних яслей в станицах и хуторах Донского округа в 25-м году 10.000 руб. Приблизительно такая же сумма (около 9.000 р.) изыскана была на месте в результате привлечения к делу организации яслей всей сельской общественности. На указанные средства удалось открыть, оборудовать и содержать в течение 3-х месяцев в среднем 30 летних яслей. Крестьянки и казачки, в начале недоверчиво относившиеся к „новой затее“, вскоре оценили значение яслей, охотно приносили в ясли детей и просили о продлении их работы.

Всего через летние ясли с 457 штатными койками прошло 673 детей, из коих 52% были дети в возрасте до 3-х лет и 48% в возрасте от 3-х до 5-ти лет. Главная масса детей (свыше 70%) приходится на долю детей батраков и беднейшей части населения.

Организация родовспоможения.

Определенные достижения имеются у охраны материнства и младенчества в деле организации родовспоможения населению округа. Несколько увеличилось число родильных коек в городах Ростове и Нахичевани, что повысило процент оказанных родовспоможений в больничной обстановке до 55% в 25-м году с 45% в 1923 г. в отношении всех рожавших в этом году женщин. При Пункте Скорой Помощи установлен штат раз‘ездных акушерок для оказания родовспоможения на дому роженицам, в тех случаях, когда отсутствуют свободные койки в родильных отделениях. Значительно улучшена постановка родовспоможения в гор. Ейске.

В целях приближения родовспоможения к сельскому населению было **открыто в 1925 году 27 акушерских пунктов в селах и выделены в каждом больничном врачебном участке 2-3 родильные койки.** Указанные мероприятия повысили в, сельских населенных пунктах % родов, проведенных с акушерками, до 10.

Всего оказано в 1925 г. родовспоможений в округе помимо городов Ростова, Ейска, Новочеркасска и Азова, в больницах и на дому акушерками 5961. Число это все же недостаточно в сравнении с потребностью населения.

Борьба с детской беспризорностью.

Дома для подкидышей.

Борьба с детской беспризорностью до 1925 г. сводилась к приему подкидышей, вскармливанию их и воспитанию в учреждениях закрытого типа в Домах Младенца и Ребенка. Таких домов на территории нынешнего Донского Округа было 4; Дом Младенца на 70 коек и дом ребенка на 50 коек в городах Ростове и Нахичевани; дом ребенка на 20 коек в Ейске и дом младенца и ребенка на 50 коек в городе Новочеркасске. Опыт работы закрытых учреждений показал, 1) что учреждения эти привлекают внимание слабовольных матерей, и сами, таким образом, способствуют росту числа подбрасываемых детей, 2) что смертность детей в закрытых учреждениях громадна; (в Ростовском доме младенца, несмотря на хорошее его содержание, смертность подкидышей достигла 42,5% в 1924 году и 32% в 1925 г.), 3) что содержание каждого ребенка в доме младенца обходится чрезвычайно дорого (до 60 руб. в месяц).

Отдача младенцев в семьи на воспитание. По примеру Москвы и Иваново-Вознесенска, Донская Охрана Материнства и Младенчества изменила в 1925 г. свои меры борьбы с детской беспризорностью. Взят был курс на **отдачу подкидываемых детей на воспитание в семьи** рабочих за определенную плату, на так называемый патронат и на помощь нуждающейся матери для устранения поводов к подкидыванию ею ребенка. Ежегодно подкидывают по городу Ростову и Донскому Округу до 350-400 детей.

В 1925 году отдано было на воспитание 83 ребенка; из них возвращено было обратно в Дом Младенца 17 детей; 16 детей было усыновлено. Умерло из числа отданных детей 9, что составляет только 13,7%. По социальному положению лица, взявшие детей, распределяются следующим образом: жен рабочих 32, жен служащих 33, жен красноармейцев 3, безработных 9, хлеборобов и проч. 5. Отданные на воспитание в семьи дети находятся под постоянным наблюдением районных консультаций. По свидетельству консультации, дети не только выживают в большем проценте, чем в Доме Младенца, но и лучше развиваются. Содержание ребенка в семье обходится в гор. Ростове 25 руб. в месяц, а в других населенных пунктах округа в 12-15 рублей. В звязи с отдачей детей на воспитание представилось возможным закрыть Дома Ребенка в Ейске и Ростове, значительно сократилось число детей, содержимых в Доме Младенца в городах Ростове и Новочеркасске и за счет указанного сокращения удалось расширить сеть открытых учреждений, консультаций и яслей.

Помощь матерям. Помощь нуждающимся матерям оказывается в виде выдачи обедов в двух матмладовских столовых и в виде небольших денежных пособий и снабжения предметами ухода за ребенком. В 1925 г. было отпущено до 65000 обедов. Выдача денежных пособий производится из особого социального фонда в 6000 р., ассигнованных по смете на 1925/26 бюджетный год и за счет изыскиваемых для этой цели средств советами социальной помощи при консультациях. Советы социальной помощи путем соответствующих обследований выясняют нуждаемость матерей и определяют размер и характер необходимой помощи. Небольшими фондами социальной помощи располагают и многие деревенские консультации.

Юридическая помощь. Помимо материальной помощи, матери очень часто нуждаются в помощи юридической, совете по вопросам семейно-бытового характера и в судебной защите. Для оказания юридической помощи в городе Ростове учреждена юридическая консультация. Во главе консультации стоит юрист. В юридическую консультацию обратилось в течение 1925 года до 2000 женщин. Юридическая помощь крестьянке оказывается в деревенских консультациях Матмлада. По неполным данным, имеющимся в распоряжении Донздравотдела, в первой половине 1925 г. дано было свыше 300 юридических советов обращавшимся в консультацию женщинам и проведено работниками Матмлада 34 выступления в судах.

Борьба с абортами.

В последние годы значительно участились случаи искусственного прерывания беременности—аборты не только в городах, но и на селе. К производству аборта женщину вынуждают, главным образом, тяжелые экономические условия. Условия эти часто заставляют женщину обращаться для производства аборта к бабкам, которые своим

неумелым вмешательством калечат ее. Борьба с абортами, как с социальным злом, должна заключаться в улучшении социально-экономического положения матери. Все мероприятия Матмлада по существу являются мероприятиями по борьбе с абортами; но борьба эта, конечно, не может дать быстрых результатов. Поэтому Советская власть допускает производство абортов не только по медицинским показаниям, но и по социальным причинам. На Матмлад возложена задача по **извлечению абортов из рук бабок**. Путем увеличения числа коек для производства этой операции врачами в больничной обстановке удалось заметно уменьшить % так называемых „преступных" абортов, то-есть абортов, начатых бабками и заканчивавшихся обычно в больницах с разными осложнениями. В 1923 году в лечучреждениях Донздравотдела произведен 1821 аборт, в 1924 г.—3189, в 1925 г.—4555. Процент преступных абортов пал с 57 в 23 году до 28-ми в 1925 г.

Культурно-просветительная работа.

В заключение необходимо отметить, что к числу серьезных достижений в деятельности организации Матмлада в 1925 г. следует отнести большую культурно-просветительную работу, проведенную работниками Матмлада как в городе, так и в деревне и создание определенных форм для выявления активной общественной самодеятельности населения. О культурно-просветительной работе в деревне можно судить по следующим данным: за половину 1925 г. консультациями проведено 380 бесед и 36 демонстраций кино-фильм на темы по охране материнства и младенчества.

Вопросу организации общественной санитарно-профилактической самодеятельности населения в Донском округе посвящается отдельная статья в настоящем сборнике.

Мы создаем образцовые учреждения, столовые, ясли, которые освободили бы женщину от домашнего хозяйства. Здесь именно на женщин более всего ложится эта работа по устройству всех этих учреждений. Нужно признать, что сейчас в России таких учреждений, которые бы помогли женщине выбраться из состояния домашней рабыни, очень мало.

...... Но все же надо сказать, что учреждения эти, избавляющие женщину от положения домашней рабыни, возникают всюду, где только есть малейшая к тому возможность.

Н. ЛЕНИН (В. Ульянов)
Собрание сочинений т. XVI, стр. 359.

Охрана здоровья детей и подростков.

Штаты и учреждения по охране здоровья детей („Оздравдет"). Охрана здоровья детей и подростков насчитывала в 1925 году по Донскому округу 69 врачей, из них: 40 было в Ростове и Нахичевани на Дону, 24 в Новочеркасске. 3 в Ейске и 2 в Азове. Помимо врачей, для обслуживания детских домов имелся штат лекарских помощников в 37 человек.

Указанным персоналом было обслужено по округу: из 65.917 детей школ—25% и из 6.053 детей детских домов—88%.

Из вспомогательных учреждений по охране здоровья детей и подростков были 2 **Детские Профилактические амбулатории**—в Ростове на Дону и Новочеркасске. Из других учреждений Оздравдета функционировали дневной санаторий на 70 чел. и Детское Отделение туберкулезного диспансера.

Задачи по медицинскому обслуживанию детей. Основной работой по охране здоровья детей и подростков в городах, имеющих достаточно развитую организацию Охраны Здоровья Детей и Подростков (Ростов на Дону и Новочеркасск), является правильная постановка врачебно-педагогического обслуживания детских учреждений (школы, дневные дома, детские дома, школы фабрично-заводского ученичества, детские площадки, площадки физкультуры и т. д.).

Конкретно вся работа в указанных выше городах, помимо медико-санитарной работы, выражалась в следующем:

а) в активном участии врача охраны здоровья детей во всей жизни детских учреждений (участие в школьных советах, комитетах содействия и родительских собраниях);

б) в установлении врачебно-гигиенического контроля над проведением педагогических мероприятий в отношении общего режима и норм нагрузки школьной и внешкольной работой среди школьников вообще и их актива (комсомол, пионеры) в частности;

в) в систематическом обследовании школьников в Детской Профилактической амбулатории, с уделением особенного внимания общественно-бытовым условиям жизни их;

г) в отборе умственно-отсталых детей;

д) в установлении врачебного контроля над проведением физической культуры;

е) в проведении санитарно-просветительной работы (лекции, беседы по гигиене и санитарии, организация санитарных детских комиссий и санитарных кружков, уголков здоровья и т. д.).

Связь с Отделом народного образования. Для решения врачебно-педагогических вопросов, возникающих в смежной работе Донского Окружного Отдела Здравоохранения и Донского Отдела Народного Образования, а также для проработки научно-методических материалов по вопросам воспитания и обучения было организовано **врачебно-педагогическое совещание.** В состав совещания входят на равных правах и в равном количестве врачи и педагоги.

Из вопросов, проработанных в этой комиссии, необходимо отметить следующие: нормы санитарно-гигиенических требований при проведении физических упражнений в школах; анкета об общественно-бытовых условиях жизни школьника; дневник учета времени школьника; нормы нагрузки школьника школьной и внешкольной работой. Выработанные нормы были положены в основу циркуляра Донского Отдела Народного Образования о нормировании труда школьника. Установлен санитарный надзор за постройкой новых и ремонтом старых школьных зданий; введено преподавание гигиены на курсах по подготовке и переподготовке школьных работников.

Детские профилактические амбулатории.

Одним из важнейших учреждений по охране здоровья детей и подростков является Детская профилактическая амбулатория. Таких амбулаторий в Донском округе имеется 2—одна в Ростове, другая в Новочеркасске. Ростовская амбулатория является самой мощной на Северном Кавказе. Помимо врачебных кабинетов по всем специальностям лечебной медицины, в амбулатории оборудован ряд специальных кабинетов (педологический, антропометрический и бактериологический). В Новочеркасской Профилактической амбулатории также обеспечен прием врачами-специалистами (по внутренним, кожным, нервным болезням; по болезням уха, горла, носа, по хирургии, по зубным), а также имеются антропометрический и медико-педологический кабинеты.

Детские Профилактические амбулатории проводят работу лечебно-обследовательскую и консультативную. Ежегодно амбулаториями обследуются, помимо рабочих подростков, от 1500 до 2000 школьников. При амбулаториях имеются сестры-обследовательницы, ведущие работу по выяснению общественно-бытовых условий жизни детей и подростков. Результаты обследования школьников подвергаются обсуждению на общих собраниях врачей по охране здоровья детей и на специальных конференциях с участием врачей амбулатории и педагогов. Решения конференций имеют большое значение в деле возможного устранения неблагоприятных условий, вредно влияющих на умственное и физическое развитие ребенка.

О работе Детских профилактических амбулаторий можно судить по следующей таблице:

Наименование работ	Города	
	Ростов	Новочеркасск
Обследовано школьников	1860	851
„ рабоч. подростков	1676	3
„ учеников школ фабрично-заводского ученичества	321	—
„ актив комсомола	201	—
Проведено через педологический кабинет	683	215
Произведено бактериологических анализов и исследований	4914	—
Послано на лечение:		
первично	17138	5325
повторно	25668	6110

Охрана здоровья детей на селе. Работа по охране здоровья детей в сельских местностях получила некоторое развитие со времени районирования Донского округа в связи, с учреждением должности районных санитарных врачей. В Старо-Минском и Мечетинском районах районным санитарным врачам удалось на средства Райисполкомов организовать антропометрические кабинеты. В отдельных районах санитарные врачи оказали влияние на улучшение питания детей в детских домах. Увлечение футболом начинает уступать место более целесообразным физическим упражнениям по указаниям санитарного врача. Районный санитарный врач Семикаракорского района проделал большую работу по увязке системы преподавания (комплекс) в школах первой ступени с вопросами здравоохранения. Школьно-санитарный надзор осуществляется во всех районах. Однако, работа санитарного врача охватывает главным образом районный центр и в самой небольшой степени ближайшие селения.

Постепенно вовлекаются в профилактическую работу среди детского населения и участковые сельские врачи. Однако, большого развития эта деятельность пока не имеет, в виду перегруженности сельского медицинского персонала работой по оказанию лечебной помощи населению.

Работа медицинского персонала. Работа врачей по охране здоровья детей по Донскому округу за 1925 год может быть кратко охарактеризована в следующей таблице:

Города	Наименование работы						
	Обслужено школ, дет. дом. и т. д.	Количество детей в них	Сделано врачами посещений	Произведено осмотров детей	Произведена прививка оспы: Первично	Произведена прививка оспы: Повторно	Прочитано лекций и бесед
Ростов . . .	85	30240	11394	102420	553	11642	3434
Новочеркас.	48	11870	10549	214516	1742	7118	1741
Ейск . . .	15	6554	1518	11296	1803	4186	481
Азов . . .	6	2555	868	15130	—	2158	287

Чем болеют дети? Из остро-заразных заболеваний, наблюдающихся среди детского населения, значительный процент падает на малярию, стригущий лишай и трахому. При чем кожные заболевания (стригущий лишай) почти исключительно (в 95%) падают на детей детских домов.

Движение остро-заразных заболеваний по детским учреждениям Донского Округа.

Города	Наименование заболеваний											
	Корь	Скарлатина	Дифтерия	Ветряная оспа	Малярия	Заушница	Грипп	Туберкулез	Чесотка	Стригущий лишай	Сифилис	Трахома
Ростов . . .	630	295	15	112	2803	308	488	665	1204	1530	27	38
Новочеркасск	192	40	11	31	2456	81	175	223	2799	1636	158	588
Ейск	122	52	—	40	422	12	2	72	684	375	2	198
Азов	50	6	16	6	2596	1	3	77	742	157	24	21

Необходимо отметить, что если в прошлом году стригущим лишаем ежемесячно болело 700-800 детей детских домов и для изоляции (отделения от здоровых) и лечения их было организовано в Ростове 9 изоляторов, то к концу отчетного периода оказалась надобность только в 2 изоляторах в Новочеркасске на 200 детей, из коих 50% на пути к выздоровлению.

Организованные Донским Отделом Народного Образования в Новочеркасске изоляторы для детей сифилитиков и больных трахомой, дали возможность изолировать этих детей из всех детских домов Донского округа.

Санитарное состояние школ. Произведенное в конце отчетного периода санитарное описание Ростовских школ, дало картину некоторого улучшения санитарного состояния школьных помещений (ремонт, покраска, побелка). Из 23.997 школьников—17. 289 или 72 процента обеспечены нормальной площадью в 1,5—2 кв. метра на каждого. Остальные учащиеся имеют площадь от 0,3 до 0,9 кв. метр. на каждого. 14% школьников не имеют собственного места и размещаются по 3-4 на двухместных и трехместных партах. Многосменность занятий, недостаточный штат обслуживающего персонала (в среднем четыре человека на каждую школу) создает большую загрязненность школ. Отсутствуют специальные раздевальни в 36% школьных зданий в 47% школ нет раздевален вовсе. Это вынуждает детей снимать верхнюю одежду в классах.

Произведенное Донским Окружным Отделом Здравоохранения в 1925 году **санитарное описание всех школ районных центров и 20% сельских школ,** а также всех дет/домов, обнаружило массу санитарно-гигиенических недостатков. 80% школ нуждаются в основательном ремонте, 10%—в переводе в другие помещения. Так, например, в Кущевском районе ряд школ помещается в халупах с земляными полами. Из-за недостатков классной мебели, дети в некоторых школах сидят по 3-4 человека на двухместных партах, зачастую на окнах или даже просто на полу. Скученность детей в школах является общим правилом. Больше чем половина детей имеет площадь менее „голодной нормы“ (1 кв. метр).

Почти во всех детских домах наблюдается острый недостаток в постельном и нательном белье и прочем инвентаре; питание—ниже нормы. Недостаток помещения создает большую скученность детей (спят по 2-3 на кровати). Это в свою очередь вызывает загрязненность помещений и способствует распространению чесотки среди детей.

На пути к улучшению. Благодаря организованному санитарному надзору, указанные выше санитарно-гигиенические недостатки к концу отчетного периода начали постепенно изживаться. Так, например, Старо-Минским РИК'ом были отпущены дополнительные средства на усиленное питание детей детского дома. Почти во всех детских домах района произведена частичная разгрузка детей и улучшилось снабжение твердым и мягким инвентарем. Ряд школ районов отремонтирован. Увеличение числа школьных помещений, правда, незначительное, дало все же некоторую возможность произвести частичную разгрузку школ.

Использование летнего сезона. В деле проведения весенне-летней кампании среди детей проведены следующие мероприятия. Организована за счет средств Российского Общества Красного Креста и Совета социальной помощи дневная площадка с питанием для слабогрудых детей. 150 детей (из коих 95%—дети рабочих) были посланы на курортное лечение в Анапу. Все летние лагеря

юных пионеров, летние детские площадки и спортплощадки города и деревни были обслужены врачами. На всех площадках по физической культуре был установлен медико-санитарный надзор и т. д.

Развившееся за последнее время пионерское движение и охватившее 85% детских домов и детей школы, заставило Донздравотдел обратить большое внимание на организацию медико-санитарного обслуживания пионеров. На средства Общества Красного Креста в Ростове были открыты три пункта „службы здоровья" пионеров. Вся работа указанных пунктов проводится под непосредственным руководством „охраны здоровья детей". Все пионеры, направленные в лагерь, были подвергнуты тщательному медицинскому осмотру. Все пионерские базы находятся под наблюдением медико-санитарного надзора. При подготовке и переподготовке вожатых и работников по пионер-движению вопросам охраны здоровья детей уделяется должное внимание.

Медицинское обследование рабочей молодежи.

Работа среди подростков выразилась в 1925 году в весеннем медицинском освидетельствовании их. Подробному и всестороннему медицинскому освидетельствованию подверглись **подростки,** работающие во вредных предприятиях—табачном, полиграфическом, химическом (стеклодувы) и в некоторых предприятиях металлообрабатывающей промышленности.

Что касается остальных подростков, то они были пропущены через врачебно-контрольную комиссию. Из 1206 рабочих подростков оказалось 570 больных, из них 201 направлены в дом отдыха, 8—в санатории, 15 подлежали переводу на более легкие работы. К сожалению, осуществить эти переводы не удалось в виду незначительного процента брони для подростков на предприятиях.

Такому же медицинскому обследованию был подвергнут **комсомольский актив** города и деревни. Через Ростовскую Детскую профилактическую амбулаторию проведено тщательне обследование здоровья **школьников**.

Состояние здоровья молодежи.

На основании произведенных медицинских обследований можно сделать весьма поучительные выводы о состоянии здоровья нашей молодежи. Приводим наиболее интересные данные.

Из числа 447 рабочих подростков (из них 100 женского пола), работающих на вредных производствах в Ростове, 259 оказалось нервно-больными, 165—страдающих малокровием, 117—предрасположенных к туберкулезу, 62—страдающих заболеваниями дыхательных путей и легких. Много обнаружено среди них заболеваний носа и глотки (101 человек).

Из числа обследованных 201 **комсомольца** (городских 130 человек, деревенских—71) оказалось: 102 нервно-больных, 46 предрасположенных к туберкулезу, 43 страдающих малокровием.

Из 1860 обследованных **школьников** города Ростова оказалось предрасположенных к туберкулезу—1116, страдающих малокровием—861, нервно-больных—559, с заболеваниями носа и глотки—571.

Несомненно, столь **большое распространение нервных заболеваний** (особеннно среди комсомольского актива) об'ясняется **чрезмерной нагрузкой** нашей молодежи партийной и общественной и т. п. деятельностью помимо основной работы. **Значительный процент предрасположенных к туберкулезу** (особенно среди рабочих подростков) об'ясняется производстенными вредностями, неудовлетворительными жилищными условиями, перегрузкой школьных помещений и т. п.

Как оздоровить молодежь?

В целях решительной борьбы с указанными ненормальностями при Донском Комитете ВЛКСМ была организозана **комиссия по улучшению труда и быта.** Первым важным мероприятием указанной комиссии было установление норм нагрузки актива комсомола, которые в некорой степени уже проводятся в жизнь.

Как общее правило, все рабочие подростки, прежде чем попасть на производство, проходят через медицинское освидетельствование в Детской профилактической амбулатории. В 1925 году такому освидетельствованию подверглось 447 подростков, из которых 70 процентов были признаны годными ко всякой работе. Все школы.-фабрично-заводского ученичсства и профессионально-технические обслуживаются врачами, специально выделенными для этой работы.

Помимо школьно-санитарного надзора в школах и проводимой врачами педологической (воспитательной) работы среди учащихся, обращено особое внимание на развитие санитарной самодеятельности среди школьников. В феврале 1925 года Донздравотделом была созвана в гор. Ростове I-я Городская конференция детских санитарных комиссий. Конференция прошла весьма оживленно и выявила большую самодеятельность учащихся в деле наблюдения за санитарным благоустройством школ и усвоения санитарно-гигиенических навыков детьми.

Физическая культура.

В целях правильной постановки физической культуры и установления врачебно-научного контроля в этой области Донским Отделом Здравоохранения в Ростове на Дону выделены четыре врача специально для работы по физической культуре. Указанными врачами ведется санитарный надзор за спортивными площадками и спортивными кружками, проводится периодическое медицинское освидетельствование и антропометрические (телесные) измерения школьников и подростков, занимающихся физическими упражнениями, ведется санитарно-просветительная работа среди участников спортивных площадок, а также и в учреждениях наробраза. (трудовые школы, школы фабричного ученичества) и в кружках при производствах и клубах. Все спортивные кружки и площадки снабжены аптечками скорой помощи. За отчетное время по физической культуре пропустили через антропометрический кабинет Детской профилактической амбулатории 1532 человека. В результате медицинского обследования 2004 человек, 15-ти было запрещено заниматься физическими упражнениями, вследствие обнаруженных у них болезней сердца; 125 человек были ограничены в занятиях физическими упражнениями, вследствие заболевания легких и нервной системы.

Связь с Донским Советом Физической Культуры.

В своей работе Донздравотдел установил теснейшую связь с Донским Советом Физической Культуры („Донсовфизкульт") при Донисполкоме. Заведующий Окружным Отделом Здравоохранения входит в состав президиума Донсовфизкульта. Ряд квалифицированных медицинских работников работает в специальных комиссиях Донсовфизкульта (учебно-техническая, агитпропкомиссия и друг.) и участвуют в совещаниях. Ближайшее участие в работах Совета принимает приглашенный Здравотделом профессор Донского Университета Мирам.

Летом 1925 года Донсовфизкульт совместно с Здравотделом обследовал районы в целях ознакомления с постановкой физкультуры в школах и среди молодежи. В задачи этого обследования входило

общее инструктирование работников по физической культуре, частичное медицинское обследование и агитпропработа.

Развитие физической культуры в округе. Наибольшее развитие физкультуры достигнуто в гор. Ростове, где проводится широкая плановая работа специальным кадром инструкторов. В районах наблюдается постепенное усиление работы со времени районирования округа. С 1-го октября 1925 года у Донского Совета Физической Культуры явилась возможность обеспечить инструкторами районы: Багаевский, Семикаракорский и Старо-Минской. С нового бюджетного года (октябрь 1926 года) предусмотрено по бюджетам РИК'ов содержание районного уполномоченного по физкультуре во всех районах. В целях подготовки инструкторов по физкультуре для деревни организованы в Новочеркасске трехмесячные курсы. Установлено регулярное снабжение районов руководящей литературой по вопросам физической культуры.

По Донскому Округу числится 137 кружков по физической культуре.

Для поднятия квалификации инструкторов по физической культуре в Ростове и Нахичевани на Дону, Донским Советом Физической Культуры совместно с Донским Отделом Народного Образования и Краевым Советом Профессиональных Союзов были организованы 2½ месячные курсы. Курсы пропустили 64 человека, из которых 55, т. е. 85% окончили удовлетворительно. Для постановки физической культуры среди пионеров Донским Советом Физической Культуры были организованы 2-х месячные курсы для вожатых отрядов, которые по окончании должны были быть помощниками инструкторов по физической культуре. Курсы окончило удовлетворительно 40 человек. Таким образом Донской Совет Физической Культуры к концу 1925 г. по городам Ростову и Нахичевани на Дону, вместе с окончившими вышеуказанные курсы, имел 200 инструкторов по физической культуре.

По Донскому округу числится **кружков по физической культуре** 137 с 8.957 человек, из них мужчин 77%, женщин 23%, рабочих 47%, крестьян 34% и служащих 19%. Наибольшее число кружков приходилось на города Ростов и Нахичевань на Дону, а именно 54 кружка с 4.277 человек. Физическая культура в большинстве школ и спорт-клубов зимой проводилась в порядке кружковой работы. Об'ясняется это отсутствием соответствующих помещений, где можно было-бы проводить физические упражнения. Что же касается весенне-летнего периода, когда использовывается каждый свободный клочек земли при школах и открываются спортплощадки,—возможностей для занятий по физической культуре оказывается гораздо больше. Из видов физической культуры в этот период культивируется легкая атлетика, футбол, гандбол, гребной спорт и т. д.

„Помните, как много еще нищеты, неустройства в нашей стране. Хотите почтить имя Владимира Ильича—устраивайте ясли, детские сады, дома, школы, библиотеки, амбулатории, больницы, дома для инвалидов и т. д. и самое главное — давайте во всем проводить в жизнь его заветы".

Н. К. КРУПСКАЯ.

Донская санитарная организация.

Работа санитарной организации проводилась в области санитарной охраны почвы, воды, воздуха, жилищ и общественного питания.

I. По г г. Ростову и Нахичевани на Дону.

Санитарная организация в г.г. Ростове и Нахичевани состоит из 14 районных санитарных врачей, 3 базарных санитарных врачей, 2 жилищно-коммунальных врачей, 1 врача по охране водоснабжения, 1 химика по охране водоснабжения, 22 помощников санитарных врачей, одной дезинфекционной станции, 3 диагностических лабораторий и санитарно-гигиенической лаборатории.

В течение 1925 г. изменения в составе санитарной организации выразились только в открытии центральной санитарно-гигиенической лаборатории.

Охрана почвы и воздуха.

По охране почвы и воздуха санитарным надзором было проведено в 1925 г. 99604 осмотра, из коих 61158 (59%) падает на осмотры улиц, площадей и домовладений; остальные 38446 осмотров приходятся на различные предприятия и места общественного пользования.

Особенное внимание было уделено вопросам ликвидации самочинных свалок и регулярной вывозки мусора и жидких нечистот. Вопросы эти не раз ставились Донздравотделом на разрешение в различных совещаниях при Коммунальном Отделе, секции здравоохранения и президиуме Донисполкома. В конечном итоге оба вопроса были более или менее удовлетворительно разрешены. Ассенизационный обоз Донкоммунтранса в настоящее время справляется со своей задачей и в установленные сроки выполняет требования санитарных врачей по очистке дворов. В последнее время загрязненность дворов в общем не превышает 10—15%. Образовавшиеся за зиму с 24 по 25 г. самочинные свалки, в количестве 26-ти, в значительной части были ликвидированы к осени средствами Донкоммунотдела и с помощью населения.

Разработан проект предупреждения дальнейшего образования незаконных свалок. Хуже обстояло дело с подметанием и поливкой улиц. По материальным и техническим условиям не удалось в течение 1925 г. разрешить этот вопрос. Надо рассчитывать, что этот вопрос будет благополучно разрешен в настоящем 1926 г.

Охрана общественного питания.

В целях охраны общественного питания осуществлялся **санитарный надзор на базарах и в местах изготовления, хранения, перевозки, продажи и распределения пищевых продуктов**. Всего в 1925 г. было сделано 211290 осмотров, главная масса которых падает на осмотры пищевых продуктов и предприятий на базарах. При осмотрах было выявлено 20586 недочетов, которые, по требованию санитарного надзора, были устранены на 85—90%. Санитарным надзором был проведен ряд мероприятий по улучшению санитарного состояния базар-

ных площадей и торговли на них. Наиболее крупными из них являются перепланировка существующих базаров, ликвидация торговли с земли; замощение на средства базарных комитетов площадей Покровского и Ново-Поселенского базаров, устройство навесов для торговли различными пищевыми продуктами на базарах - Новом, Нахичеванском и Старом, установка на площадях баков с охлажденной кипяченной водой и кранов для поливки площадей, ремонт старых уборных и постройка новых и установление своевременной полной очистки базарных площадей. Разработан проект договора Донкоммунотдела с базарными комитетами. В договоре предусматриваются определенные отчисления от доходов с базаров на нужды санитарного благоустройства базарных площадей.

Большое внимание было уделено городским **скотобойням**, которые были обследованы совместно с членами Горсовета и в результате Управлением боен проведены значительные работы по улучшению их санитарного состояния.

Охрана жилищ.

В области охраны жилищ санитарным надзором в порядке плановой работы был проработан план переустройства Военного городка под квартиры для рабочих. Проведено обследование 1680 квартир рабочих в г. Нахичевани и 3356 квартир рабочих Донгостабфабрики. Осмотрены 2884 квиртиры по заявлениям граждан и учреждений. Обследованы фондовые дома Донкоммунотдела, новостроящиеся поселки, все бани и ряд общежитий. Разработан материал по указанным плановым работам и по обследованию жилищных условий работников союза „Медикосантруд". Жилищный санитарный надзор принимал участие в разработке плана будущего города Ростова, участвовал в заседаниях технического совета Донкоммунотдела, на совещаниях у Окружного Инженера, жилищной комиссии Горсовета и жилищных комиссий при жилищных районах.

Данные обследования квартир свидетельствуют о **чрезвычайно тяжелых жилищных условиях, в коих находятся рабочие г.г. Ростова и Нахичевани**.

Так, из 3356 лиц, работающих на Донской Табачной Фабрике 122 человека (3,6%) живут в углах, 227 (6,7%) — в подвалах или полуподвальном этаже, 104 (3,1%)—в кухнях, 576 (16,9%)—в одной комнате, 1572 (57,4%)—в одной комнате с кухней, 582 (17,1 %)—в двух комнатных квартирах, 170 (5,1 %)—в квартире из трех комнат и 3 ч. (0,1%)—в квартире из 4-х комнат. Только 1432 человека (42,8%) живут в квартирах, совершенно пригодных в гигиеническом отношении для жилья. Остальные квартиры требуют более или менее значительного ремонта. Квартиры 200 чел. (6%) подлежат сносу. Средняя площадь пола—неполных 9 кв. аршин на каждого жителя,—вдвое ниже принятой для г. г Ростова и Нахичевани нормы. Есть квартиры с площадью пола в 2 кв. арш. на жителя.

В квартирах 1865 чел. или 55,6% всех обследованных, совершенно отсутствует вентиляция, нет даже форточек в окнах. Только 313 чел. (9,3%) живут в квартирах, присоединенных к водопроводной сети и 367 чел. (11%) пользуются водой из водопроводного крана во дворе. В канализированных домовладениях живут только 573 чел. (17,1). 1449 квартир (43,1%) сырых.

Примерно такие же жилищные условия и у рабочих, живущих в рабочих районах гор. Нахичевани.

Охрана водоснабжения.

В области охраны водоснабжения санитарным надзором проводилась работа по **наблюдению за центральным водоснабжением—водопроводами, водонапорными башнями,** будками, **сетью и за местными источниками водоснабжения—колодцами, ключами и цистернами.** На водопроводах приводился контроль за действием очистных сооружений и за правильностью процессов очистки. По разработанному плану забиралась для исследования вода Ростовского водопровода ежедневно, Нахичеванского—через день; из водоразборных будок, кранов, колодцев и ключей—по особому расписанию. Всего было взято для лабораторного исследования 2845 проб воды, из коих 878 на Ростовском Водопроводе, 538 на Нахичеванском, остальные 1429—из колодцев, ключей, водопроводных будок и кранов. В течение 1925 г., в целях улучшения качества подаваемой воды, были проделаны, в соответствии с требованиями санитарной охраны водоснабжения, работы по улучшению очистных установок на Ростовском и Нахичеванском водопроводах.

Санитарный надзор принимал участие в разработке плана переустройства Ростово-Нахичеванского водопровода. Им составлена подробная записка по санитарной характеристике водопровода в настоящее время. Записка эта направлена вместе с другими материалами по переустройству водопровода в центр на предмет исходатайствования долгосрочной ссуды из Центрального Коммунального Банка на коренное переустройство Ростово-Нахичеванского водопровода.

Дезинфекционное дело.

Дезинфекционная станция Донздравотдела, работавшая в составе двух дезинфекционных камер, дезинфекционного отряда и бани произвела 2958 жилищных дезинфекций с общей кубатурой в 112968 куб. метров; продезинфицировано в камерах 12452 пуда вещей; пропущено через баню 19544 чел.

Дезинфекция (обеззараживание) квартир и вещей проводилась в случаях заразных заболеваний и периодически в определенные сроки в местах общественного пользования и большего скопления людей.

Лабораторное дело.

Работа лаборатории в 1925 г. выразилась в производстве 75565 анализов, в том числе санитарно-гигиенических 12515 (на 1509 анализов больше, чем 1924 г.).

В лабораториях исследовалась кровь, мокрота, моча и другие выделения больных в целях правильного диагноза (установления) болезни. Там же производились санитарно-гигиенические исследования воды, пищевых продуктов и т. д. для определения их доброкачественности.

II. По районам Донокруга.

Санитарная организация.

До районирования Донской области санитарные врачи были только в окружных центрах; с момента районирования перед Донздравотделом стал вопрос о приближении санитарной помощи к населению. Несмотря на внесение в смету 24-25 г. ассигнования на содержание штата районных санитарных врачей—по одному на каждый район,—

Донздравотдел все-же не мог к началу года обеспечить районы санврачами, за отсутствием подготовленных для этого дела работников. Из 10 образовавшихся в Донокруге районов, 8 вначале не имели никакой санитарной организации (Аксайский, Батайский, Багаевский, Ейский, Кущевский, Мечетинский, Семикаракорский и Ст. Минской). Затруднения в деле приискания работников в дальнейшем были преодолены; и к 1 октября 1924 г. был назначен санитарный врач в Аксайский район, к декабрю—в Ейский, к февралю 1925 г.—в Мечетинский, Кущевский и Ст. Минской и, наконец, к 1 июля 1925 г.—во все остальные районы. Кроме того, в 1925 г. за счет районного бюджета содержались в гор. Новочеркасске 3 санврача и в гор. Ейске—2.

Работа районных санитарных врачей.

В районах работа санитарных врачей разнообразнее, чем в городе; помимо санитарного надзора и борьбы с эпидемиями санитарному врачу приходится принимать участие в организации всего дела здравоохранения в районе и непосредственно руководить работой всей санитарно-профилактической организации в районе.

Работа районных санитарных врачей протекала главным образом в районных центрах в силу того, что районные центры обычно являются и наиболее населенными пунктами и наиболее важными в административном и экономическом отношении. Недостаточность сил одного санитарного врача для обслуживания целого района, затруднения в получении перевозочных средств и другие причины тормозили работу районного санитарного врача вне районного центра. Все же в зависимости от местных условий работа районного санитарного врача распространялась и на окрестности района.

За истекший период работа районных санитарных врачей выразилась:

1) в **организации санитарных советов** и других форм общественной самодеятельности населения;

2) в вовлечении участкового медицинского персонала в **санитарно-профилактическую работу** и работу по санитарному надзору;

3) в руководстве, инструктировании и личном участии в работе по **санитарному просвещению;**

4) **в изучении санитарных условий жизни населения,** путем проведения планового обследования жилищ и водоснабжения в районных центрах и пунктах расположения врачебных участков. Имеющиеся предварительные данные позволяют заключить о значительном об'еме этой работы. Так, по Кущевскому району было обследовано 643 колодца, при чем вода в части общественных колодцев была исследована и бактериологически;

5) в проведении **санитарно-демографической переписи** населения в 11 селениях округа, охватившей 3339 хозяйств с общим числом населения в 18090 чел.

Перепись была проведена в целях выяснения отдельных практически важных в санитарном отношении моментов в жизни сельского населения. Санитарную организацию интересовали такие вопросы, как рождаемость и смертность населения в годы гражданской войны и повсеместного распространения сыпного и возвратного тифов; действительные размеры заболеваемости населения указанными тифами; санитарное состояние жилищ, количество непривитых против оспы лиц и т. д. Интересно было установить, в какой зависимости находятся все указанные явления от мощнссти хозяйства и грамотности

населения. В результате переписи был получен ценный материал. Выяснилось, например, что маломощные хозяйства понесли больше потерь убитыми и пропавшими без вести во время империалистической и гражданской войны, чем хозяйства зажиточных. Установлено, что мощность хозяйства и грамотность населения оказали в годы войн и эпидемий свое влияние на размеры смертности и рождаемости. Оказалось, что смертность тем меньше и рождаемость тем больше, чем мощнее хозяйство и чем грамотнее семья и т. д.

Разработанные материалы переписи изданы Донздравотделом в виде отдельной брошюры под названием „Опыт изучения социально-гигиенического состояния Донской деревни“;

6) в проведении эпидемиологических **обследований всех случаев заразных заболеваний** в районном центре и эпидемических вспышек в других селениях района;

7) в систематическом текущем **санитарном надзоре** в районном центре, а также путем выездов и через участковых врачей в сельских местностях. В 1925 г. во всех районах было произведено 29632 санитарных осмотра, не считая базарных, из коих на долю городов Новочеркасска, Азова и Ейска приходится 17018 и на остальные сельские местности 12614. Выездов в села всеми районными санитарными врачами было сделано 116.

Лабораторное дело.

Лаборатории имелись в наиболее крупных районных центрах: Новочеркасске, Азове и Ейске. Всего лабораторных анализов в 1925 г. было произведено 10964, в том числе санитарно-гигиенических 723.

Дезинфекционное дело.

Более или менее удовлетворяющие своему назначению дезинфекционные камеры были в Новочеркасске и Ейске. В 1925 г. было обращено внимание на снабжение районов хотя бы простейшими дезинфекционными установками, при чем за норму была взята установка одной дезинфекционной камеры (системы профессора Черниховского) на каждом врачебном участке. Для этого Донздравотделом было заготовлено 40 дезинфекционных камер, которые отпускались по себестоимости районам по их требованиям. Всего в 1925 г. было отпущено 20 камер Черниховского (Старо-Минскому—4, Аксайскому—4, Багаевскому—2, Семикаракорскому—2, Мечетинскому—6). Азовский район собственными средствами обеспечил свои участки дезинфекционными камерами Черниховского. Необходимо в дальнейшем снабжение всех медицинских участков Донского округа „Черниховками“ и другими дезинфекционными установками: гидропультами, серокурилками и формалиновыми аппаратами.

Помощь укушенным бешеными животными.

До 1925 г. помощь населению округа, в случаях покусов бешеными животными, оказывалась Пастеровской станцией при Микробиологическом Институте в г. Ростове, а также и Новочеркасской Пастеровской станцией. В 1925 г. Донздравотделом для приезжающих из округа укушенных бешеными животными был организован при Пролетарской больнице в Нахичевани Прививочный пункт с общежитием при нем на 20 мест. Кроме того, было организовано 2 новых прививочных пункта в округе (города Ейск и Азов). За 1925 г. в г.г. Новочеркасске, Ейске и Азове было произведено 14160 прививок против бешенства; всего лечилось прививками 1291 человек.

Эпидемическое состояние Донского округа.

В 1925 году закончился период пандемий (повсеместного распространения) сыпного и возвратного тифа и эпидемии холеры, унесших большое число жертв среди населения бывшей Донской области. По данным санитарно-демографической переписи, проведенной в Донском округе осенью 1924 г., переболела сыпным тифом почти четвертая часть (23,8%) всего населения.

Возвратный тиф имел несколько меньшее распространение, все же и возвратным тифом переболело 11,4%. Данные переписи относятся к сельскому населению. Несомненно, и в г.г. Ростове и Нахичевани заболеваемость паразитарными тифами была не меньше; точных данных для суждения о размерах этой заболеваемости мы не имеем. 1923 и 1924 г.г. являются годами относительного благополучия как для городов, так и для сельских местностей в отношении распространения остро-заразных заболеваний. В конце 1922 года в области стала усиливаться эпидемия малярии, получившая колоссальное развитие в 1923 и 1924 г.г. К концу 1924 года усилились и детские эпидемии,— эпидемии скарлатины, кори и коклюша. В 1925 г. (как это видно из прилагаемой таблицы распространения заразных заболеваний) наблюдается, по сравнению с 1924 г., большее число заболеваний в округе, и, главным образом, в г.г. Ростове и Нахичевани, почти по всем заразным формам и резкое уменьшение числа малярийных больных. В 1925 г. можно отметить довольно значительную эпидемию в г.г. Ростове и Нахичевани скарлатины и эпидемическую вспышку возвратного тифа. В районах Донского округа наблюдалось в 1925 г. повышение заболеваемости корью и коклюшем.

Возвратный тиф. Возвратный тиф дал в гор. Ростове эпидемическую вспышку (464 случая), при чем все случаи заболеваний падают исключительно на бездомный и беспризорный люд; заболеваний среди постоянного населения почти не наблюдалось. Число заболеваний возвратным тифом в районах незначительное; наибольшее число случаев отмечено в Черкасском и Батайском районах, что об'ясняется более значительным наплывом в эти районы беспризорных.

Сыпной тиф. Сыпной тиф дал лишь отдельные случаи заболеваний, а в некоторых районах уже и совершенно исчез (Кущевский, Мечетинский, Семикаракорский районы).

Пережитые в 1921 и 1922 г.г. пандемии сыпного тифа создали, повидимому, довольно стойкую невосприимчивость населения к сыпному тифу. Что касается возвратного тифа (заболевания, не дающего после перенесения его стойкой невосприимчивости), то наличие в г.г. Ростове и Нахичевани значительного количества беспризорного люда не дает нам уверенности в ликвидации возвратного тифа в ближайшее время, так как ликвидация возвратного тифа непосредственно связана с ликвидацией беспризорности.

Брюшной тиф. Число случаев заболеваний брюшным тифом увеличилось несколько по г.г. Ростову и Нахичевани, но заболевания не носили эпидемического характера и к концу года почти совершенно прекратились.

Холера. Заболеваний азиатской холерой было всего 10, из них 9 в г.г. Ростове и Нахичевани и 1 —в ст. Аксайской. Все непрекращающиеся в течение последних лет случаи азиатской холеры в г.г. Ростове и Нахичевани требуют особого внимания, и необходимо провести ряд энергичных мероприятий к оздоровлению этих городов.

Оспа. Следует отметить особо благополучное состояние округа в отношении натуральной оспы. За два последние года в округе не было ни одного случая заболевания натуральной оспой.

Малярия. Малярия как в г.г. Ростове и Нахичевани, так и в районах дала в 1925 г. заметное снижение заболеваний. Число заболеваний малярией в г.г. Ростове и Нахичевани в 1924 г. достигало 126 на тысячу жителей, в 1925 г. мы имели 75 на тысячу жителей, т. е. снижение больше, чем в полтора раза. В районах в 1924 году было 129 заболеваний на тысячу жителей, а в 1925 году—99 на тысячу, т. е. снижение в 1,3 раза. Снижение заболеваемости малярией об'ясняется работой окрепшей врачебно-участковой сети и специальной организацией малярийных отрядов, проводивших среди населения системную лечебно-профилактическую хинизацию и ряд частичных мероприятий по уничтожению комаров (заливка нефтью зараженных личинками малярийного комара водоемов, уничтожение комаров в местах их зимовок и т. д.). Так, например, проведенная в г.г. Ростове и Нахичевани системная лечебно-профилактическая (предупредительное лечение хинином) хинизация на промпредприятиях снизила пораженность малярией промышленного пролетариата с 57% до 17%. В слободе Красюковской, Черкасского района, самом неблагополучном в малярийном отношении пункте округа, удалось в течение лета 1925 года понизить процент свежих заболеваний малярией до 3,7% против 27% в 1924 г. и 59,29% —в 1923 г.

Сибирская язва. Довольно значительное число случаев заболеваний сибирской язвой (132 случая) несомненно связано с недостаточным проведением в округе предупредительных мероприятий против заболеваний сибирской язвой среди домашних животных (производство противосибиро-язвенных прививок). Наиболее заметное число случаев дали Ейский и Кущевский районы.

Детские эпидемии. Что касается детских заразных заболеваний, то в этом отношении отмечается рост заболеваний скарлатиной, корью и коклюшем в городах Ростове и Нахичевани, и корью и коклюшем—в районах.

По сравнению с прошлым 1924 г., число заболеваний скарлатиной в городах Ростове и Нахичевани увеличилось в $2^1/_2$ раза, корью—в 2,8 раза и коклюшем—в $4^1/_2$ раза.

В районах число заболеваний корью увеличилось в $3^1/_2$ раза и коклюшем—в 1,4 раза. Начало эпидемии скарлатины в городах Ростове и Нахичевани нужно отнести к июню 1924 года. Увеличившись в половине сентября 24 г. (до 50 заболеваний в неделю), скарлатина до декабря месяца держится на одной высоте, затем дает снижение и, не прекращаясь совершенно в течение весны и лета 1925 года, с августа 25 года, начинает вновь расти, достигнув в октябре и ноябре наиболь-

шего развития в 50—55 заболеваний в неделю. Условиями, благоприятствующими развитию эпидемии скарлатины, являются: а) отсутствие в течение продолжительного срока (около 8 лет) эпидемий скарлатины, а, следовательно, достаточное накопление восприимчивого к заболеванию материала, б) детская беспризорность и переполнение детдомов, в) переполнение школ, г) жилищный кризис. Указанные условия затрудняют борьбу с скарлатиной и, надо полагать, что эпидемия затянется еще не менее, чем на 2 или 3 года. Смертность от скарлатины равняется 8%; обычная смертность от скарлатины: 12—15%. За те же годы смертность от скарлатины в Москве доходила до 16%. Эпидемии кори и коклюша являются продолжением эпидемий, начавшихся в 1924 г. Смертность от кори—около 5%.

Зарегистрировано больных по Донскому Округу за 1925 год.

Название городов и районов	Корь	Скарлатина	Дифтерия	Коклюш	Брюшной тиф	Возвратный тиф	Сыпной тиф	Сибирская язва	Малярия
г. г. Ростов и Нахичевань	2720	1296	244	1092	199	462	59	4	18092
Азов	184	40	18	159	10	1	1	2	2110
Новочеркасск	384	106	52	233	74	95	40	5	4279
Ейск	404	161	38	15	37	8	1	2	1981
Азовский район	636	15	35	244	14	5	3	5	4211
Черкасский район . . .	385	25	2	256	18	30	1	7	5679
Ейский район	151	298	60	381	50	5	4	36	7838
Кущевский район . . .	589	24	39	438	38	7	—	28	14299
Батайский район . . .	500	22	37	837	15	22	3	1	6844
Аксайский район . . .	731	113	24	271	53	7	18	12	4556
Мечетинский район . . .	469	19	58	329	31	12	—	3	5508
Багаевский район . . .	147	8	5	175	14	—	1	—	2651
Семикаракорский район .	17	11	7	4	20	2	—	12	3167
Ст. Минской район . . .	408	167	30	290	26	4	11	14	11090
Итого по окр.	7724	2305	649	4724	599	660	142	131	92305

Мероприятия по борьбе с эпидемическими заболеваниями.

Ряд мероприятий, проводимых Донздравотделом по борьбе с эпидемическими заболеваниями, сводился к следующему: 1) **К учету всех заразных больных** в местах возникновения заболеваний, благодаря введению обязательности извещения о всех случаях заболеваний. 2) **К эпидемиологическим обследованиям** случаев заболеваний, которые в городах Ростове и Нахичевани проводились

особым штатом врачей-эпидемиологов в 4 человека, и в районах—санитарными врачами. 3) **К изоляции** (изоляция имеет целью отделение больных от здоровых) заболевших путем госпитализации их на дому. 4) **К карантинизации** (содержание больного под особым врачебным надзором). 5) **К дезинфекции** (обеззараживание помещений, вещей и т. п.). 6) **К санитарно-просветительной работе**. 7) К организации массовых **предохранительных прививок**. 8) **К улучшению санитарных условий** жизни населения. 9) **К организации малярийных отрядов**.

Так, по борьбе с возвратным тифом, помимо учета всех больных, эпидемиологического обследования на местах заболевания и дезинфекции, все больные были госпитализированы (помещены на больничные койки), для чего было развернуто специальное больничное отделение для возвратно-тифозных в гор. Ростове на 60 коеек. В целях изоляции больных скарлатиной число коек для скарлатинозных было увеличено до 100; госпитализировано было до 60% всех больных, что, однако, зависело не от недостатка коек, а от нежелания части больных пользоваться больничной помощью при отсутствии закона об обязательности госпитализации заразных больных. Был усилен врачебный надзор за школьниками, запрещалось посещение школ тем школьникам, в семьях которых были больные. Закрытие школ проводилось в исключительных случаях, ибо учитывалось, что школьники, не посещая школы, еще более бесконтрольно общаются между собою, закрытие же школ на все время эпидемии явилось бы совершенно невозможным. Среди школьников и детей детдомов была проведена противоскарлатинозная прививка (по городу Ростову было сделано прививок 2000 детям).

В целях борьбы с возникновением и распространением заболеваний дифтерией, была проведена в городе Ростове среди школьников и детей детдомов реакция на восприимчивость к заболеванию дифтерией (обследовано до 2000 детей), в результате чего всем оказавшимся восприимчивыми, были сделаны предохранительные прививки.

Санитарными врачами, школьно-санитарными и участковыми врачами был проведен ряд лекций и бесед о заразных заболеваниях и мерах борьбы с нею.

Одним из важнейших предупредительных мероприятий—было проведение в широких размерах предохранительного оспопрививания в целях охватить оспопрививанием не только всех подлежащих прививке в текущем году, но и оставшихся непривитыми от прежних лет. Районы были полностью обеспечены прививочным материалом (без отказа), и работа проводилась по выработанному плану. Всего было сделано 117.893 прививки (первичных 47.491 и вторичных 70.402). По отношению к общему числу населения округа это составляет 13%, что можно признать вполне удовлетворительным. Оспопрививание проводилось в городах Ростове и Нахичевани, Новочеркасске и Азове специальными отрядами, в прочих местах округа—участковыми врачами и детскими консультациями. Препятствия, возникавшие при проведении в широких размерах оспопрививания, заключались, главным образом, в недостаточности персонала на местах, перегруженности работой наличного персонала и недостатке средств передвижения.

Сведения о количестве прививок в Донском округе за 1925 год.

Города и районы.	Вакцинаций (первичных прививок)	Ревакцинаций (повторных прививок)	ВСЕГО
Ростов и Нахичевань . . .	5408	21668	27076
Азов	820	2995	3815
Азовский район	6695	7167	13862
Новочеркасск	1846	10111	11957
Черкасский район	4569	6256	10825
Ейск	231	24	255
Ейский район	3227	515	3742
Кущевский район	6062	4623	10685
Батайский „	2175	4690	6865
Аксайский „	2037	5111	7148
Мечетинский „	5549	2904	8453
Багаевский „	1668	752	2420
Семикаракорский	2049	1211	3260
Ст. Минской	5155	2375	7530
Итого по округу . . .	47491	70402	117893

По линии борьбы с азиатской холерою, был проведен ряд мероприятий по улучшению санитарного состояния городов, по надзору за водоснабжением и с‘естными продуктами. Все заболевшие холерой и подозрительные по заболеванию были госпитализированы, лица окружающие больных обследовались на бациллоношение.

Для борьбы с малярией были организованы и работали малярийные станции в городах Ростове и Новочеркасске и малярийные отряды в Азове, Ейске, ст. Александровской, Старо-Щербиновской, Н.-Гниловской и с. Красюковской. Отряды развернули не только лечебную, но обследовательскую и предупредительную работу. В амбулаториях малярстанций и маляротрядов больными было сделано 110.000 посещений; обследовано было на промышленных предприятиях, в учреждениях, школах, детдомах и населения на дому всего 37.357 человек; произведено лабораторных анализов более 50.000. В городах Ростове и Нахичевани лечебно-профилактическая хинизация была проведена на 61 предприятии и учреждении, при чем системной хинизации подверглось 10.767; в городе Новочеркасске—1.158 человек.

Предупреждать болезни легче, чем лечить их.

Опыт показательной работы по борьбе с малярией на селе.

(Результаты противомалярийной кампании в слободе Красюковской и ее районе.)

„Считая необходимым усилить противомалярийную кампанию в сельских местностях, Народный Комиссариат Здравоохранения полагает целесообразным постановку показательной противомалярийной работы в слободе Красюковской и других селениях, расположенных в долине рек Тузлова и Грушевки, по плану, разработанному Донским Окружным Здравотделом".

Наркомздрав *Н. А. Семашко.*

Москва, 26 февраля 1925 г.

Донской Окружной Отдел Здравоохранения поставил перед собою задачу всемерной борьбы с малярией не только в городах, но и в сельских местностях округа. Однако, для побуждения местных органов к проведению противомалярийных мероприятий необходимо было проделать опыт показательной работы в одном сельском районе, чтобы на основании достигнутых результатов, доказать на деле, что **борьба с малярией на селе вполне возможна и успешна**. В этих целях Донздравотделом был разработан одобренный Наркомздравом план противомалярийной работы в районе слободы Красюковской (бывш. Персиановка).

Как велика заболеваемость малярией в районе слободы Красюковской?

Слобода Красюковская и другие селения Черкасского района, расположенные по долине реки Тузлова и его притоков, Грушевки и Аюты, по справедливости, считаются самыми неблагополучными малярийными очагами в Донском округе.

По данным поголовного обследования жителей в 11 населенных пунктах этого района оказалось на 1-е января 1925 г. 10.188 жителей, из которых больных малярией 4871 человек. Это значит, что в среднем на каждые **100 человек населения было больных малярией 48.** Пораженность малярией отдельных селений доходит до 93 (хут. Ново-Персиановка) на 100 жителей. В слободе Красюковской к началу 1925 года приходилось больных 69 на каждые 100 жителей. Всего установлено было среди коренного населения в указанной слободе 1620 больных маляриков. В указанных селениях свирепствует самая тяжелая, так называемая, тропическая малярия.

Комар—разносчик малярии.

Вследствие медленного течения рек Тузлова, Грушевки и Аюты, чрезвычайной извилистости их русел, пересыхания рек во многих местах по течению и образования вследствие этого большого количества отдельных небольших водоемов, ям, лощин и т. д.,—создаются весьма удобные места для выплаживания малярийного комара. И действительно, распространение малярийного комара в слободе Красюковской колоссально. Летом 1924 года при подворном обследовании можно было насчитать в спальной комнате любого дома в слободе Красюковской не менее 300 комаров, являющихся переносчиками малярийного заболевания.

Что способствовало распространению малярии?

Известно, что малярия в бывш. Персиановке была бичем населения в течение многих лет и до революции. Несомненно, что с конца 1922 года эпидемия малярии в слободе Красюковской, как и во всем районе долины рек Тузлова, Грушевки и Аюты, значительно усилилась. Годы голода, эдидемий и тяжелых материальных лишений не могли не ослабить организм населения и должны были уменьшить его сопротивляемость по отношению к различным заразным заболеваниям, в том числе и к малярии. Несомненно, на усиление эпидемии и, главным образом, на развитие тропической формы малярийного заболевания оказало свое влияние возвращение демобилизованных красноармейцев из Туркестана и Закавказья—этих гиблых в малярийном отношении мест.

Малярийный отряд и его работа.

Малярия подрывает здоровье населения, создает благоприятную почву для развития других заболеваний, укорачивающих жизнь и ослабляющих работоспособность населения. Малярия, несомненно, является серьезным бедствием для всего Донского Округа. Значение бедствия малярии в слободе Красюковской усугубляется тем, что в районе слободы Красюковской ежегодно происходит лагерный сбор. Много тысяч мужского населения из разных мест Северо-Кавказского Края в самом цветущем возрасте прибывают для отбытия лагерного сбора в слободу Красюковскую и проводят там продолжительное время в самый разгар эпидемии, когда опасность заражения особенно велика.

Вот почему Донским Здравотделом была выдвинута на первый план задача всемерной борьбы с малярией в слободе Красюковской и других соседних с ней селениях. Борьба эта началась с марта 1923 года. Донздравотделом был сформирован и направлен в слободу Красюковскую малярийный отряд в составе двух врачей, одного фельдшера и одного санитара. В июле того же 1923 года в штат маляротряда был введен третий врач. Летом 1924 и 1925 годов к отряду прикомандировывался специальный работник по изучению малярийного комара и борьбе с ним (энтомолог), а в 1924 году—и 4-й врач. Маляротряд был снабжен всем необходимым для работы

Маляротрядом подробно обследованы и изучены в малярийном отношении следующие 11 селений, с общим числом жителей в них 10188 человек: слобода Красюковская (2355 человек), слобода Тузловская (4212) и хутора: Ново-Грушевский (1340), Ново-Персиановский

(166), Нижне-Аютинский (112), Миллеровский (112), Сусел (301), Веселый (204), Задонка (116), Собачий (278) и Хутунок (992). Уже к осени 1924 года отряд располагал весьма обстоятельными данными для суждения о состоянии всех имеющихся в перечисленных селениях водоемов, о распространении малярийного комара, о заболеваемости малярией населения на основании поголовного обследования жителей.

Мероприятия по борьбе с малярией.

Вся борьба с малярией сводится к проведению троякого рода мероприятий:

1) К оздоровлению в малярийном отношении местности;

2) К борьбе с малярийным комаром — этим единственным в природе переносчиком малярийной заразы;

3) К борьбе с малярийным паразитом, вызывающим у человека заболевание малярией.

План мелиоративных работ.

Мероприятия по оздоровлению местности являются, несомненно, самыми ценными и желательными в деле борьбы с малярией. Мероприятия эти заключаются в осушке болот и в приведении водоемов в такое состояние, при котором невозможно было бы выплаживание в них малярийного комара.

Малярийным отрядом проделана значительная работа по выработке плана и изысканию необходимых средств на проведение санитарно-мелиоративных работ в районе долины реки Тузлова и его притоков Грушевки и Аюты.

Специальная комиссия во главе с профессором Шумаковым произвела необходимые изыскания и составила четыре проекта санитарно-мелиоративных работ в указанном районе. Осуществление наиболее приемлемого проекта обойдется в 250.000 рублей. Об отпуске необходимых средств органами Здравоохранения и Земельного Управления возбуждено ходатайство перед центральным правительством.

Как уничтожить комара (окуривание серой, нефтевание).

Для борьбы с комаром рекомендуется **уничтожение комара** и защита тела человеческого от его укусов. Полное уничтожение комара в какой либо местности, как и совершенное ограждение людей от укусов комара, конечно, сделали бы невозможным заражение людей малярией. К сожалению, условия развития комара таковы, что даже при затрате больших средств на борьбу с ним трудно рассчитывать на полное их уничтожение. И жизнь человеческая так складывается, что предохранить себя от укусов комара там, где комар распространен, тоже не представляется возможным. Поэтому мероприятия по борьбе с комаром имеют ограниченное значение в деле борьбы с малярией вообще.

В слободе Красюковской проведен был в 1924 и 1925 году большой опыт по уничтожению комара. Прежде всего были сделаны попытки **к уничтожению комара во время его зимовки.** Наблюдения над зимующим комаром показали, что излюбленным местом для зимовки комара являются пустые заброшенные дома (дачи), хотя комара удавалось обнаружить почти во всех жилых помещениях. В целях борьбы с зимующим комаром проведена была в течение марта 1925

года во всех жилых домах в слободе Красюковской механическая чистка их с последующей побелкой помещения. В лагерных помещениях было проведено окуривание серой с последующей механической чисткой.

Дальнейшие действия были направлены на **уничтожение личинок комара в водоемах**. Для этого водоемы подвергались нефтеванию: от времени до времени поверхность водоемов, где обнаруживались личинки малярийного комара, покрывалась нефтью. Мера эта, как правило, всегда приводила к совершенному уничтожению личинок комара в водоемах. В 1924 году нефтевание проводилось Военно-Санитарным Ведомством только в водоемах, близких к лагерю. Нефтевание началось поздно (в июле месяце) и велось, из-за отсутствия опыта, недостаточно планомерно. В 1925 году все руководство делом нефтевания водоемов было возложено на малярийный отряд.

Всего **подверглось заливке нефтью до 15 десятин площади водоемов.** Израсходовано было на нефтевание Военным Ведомством до 1000 пудов нефти и отрядом 420 пудов. Результаты нефтевания проверялись специальным работником—энтомологом, прикомандированным к отряду. Несомненно, нефтевание явилось одной из причин значительно меньшего по сравнению с 1924-м годом распространения комара в слободе Красюковской. К сожалению, малярийным отрядом осуществлен неполный охват всех водоемов, служивших местами для выплаживания комара. Для проведения нефтевания в полном об'еме требовалось до 10.000 пудов нефти на сумму свыше 5.000 рублей. Однако, таких средств в распоряжении отряда не оказалось.

Механическая защита от укусов комара сводилась только **к закрытию сетками окон и дверей** в помещении малярийного отряда, в доме отдыха, в избе-читальне и в нескольких крестьянских избах.

Лечение малярийных больных (хинизация).

Особое внимание малярийным отрядом уделено было **борьбе с малярийным паразитом**. Малярийный паразит находится только в крови больного малярией человека. В крови человека малярийные паразиты исчезают при систематическом лечении больного. Таким образом, систематическое лечение малярийных больных является и средством борьбы с малярийным паразитом. Если бы удалось в той или иной местности вылечить всех малярийных больных или хотя бы подлечить настолько, чтобы в их крови не было малярийных паразитов, то развитие эпидемии малярии не было бы возможно в данной местности даже при условии большого распространения там малярийного комара. Самым действительным средством для лечения малярии является хинин. Поэтому системная дача хинина, по указанию врача (так называемая **хинизация** той или иной группы населения) является мощным орудием в деле борьбы с малярией.

Донздравотделом решено было провести **предупредительное лечение хиной в слободе Красюковской.** С этой целью в начале года произведено было поголовное обследование всего населения слободы Красюковской. Исследована была кровь у всех жителей. И всех обнаруженных маляриков начали лечить хиной до появления у них приступов малярии. Лечение производилось на дому у больных путем обхода их врачем малярийного отряда в определенные сроки. Помимо коренного населения слободы Красюковской хинизировались больные малярики в сельско-хозяйственном институте, в доме отдыха, в школе „коммуна“ и в хуторах Ново-Персиановке, Нижне-Аютинском, Суселе

и Миллеровском. В летние месяцы—июле, августе и сентябре—хинизировались и здоровые в целях предупреждения заражения их малярией. Всего хинизировалось в марте 1757, в апреле 2006, в мае 727, в июне 3600, в июле 4006, в августе 4493, в сентябре 4415 человек.

Все заболевания как среди хинизированного, так и нехинизированного населения аккуратно регистрировались. Осенью проведено было вторичное поголовное обследование с микроскопическим исследованием крови жителей вышеперечисленных всех 11 селений.

Результаты предупредительного лечения хинином (хинизации).

На основании полученных данных выяснились следующие результаты:

1) значительно снизился процент первичных заболеваний малярией в 1925 году среди здоровых, неболевших ранее малярией граждан слободы Красюковской, по сравнению с таковым процентом в той же Красюковской в 1923 и 1924 годах. Процент малярийных заболеваний в Красюковской оказался значительно ниже, нежели в селениях Тузловском, Яново-Грушевском и Хутунке, где системная лечебная хинизация в 1925 г. не проводилась. Это видно из таблицы:

Процент первичных заболеваний малярией.

Наименование селений	В % 1923 г.	В % 1924 г.	В % 1925 г.
Слобода Красюковская—в 1925 г. хинизация проводилась	59,2	27,3	3,8
Хутор Яново-Грушевский—хинизация не проводилась	35,0	23,9	24,7
Хутор Хутунок	27,6	15,4	20,8
Слобода Тузловская	19,9	19,8	21,3

2) Процент первичных заболеваний в 1925 г. среди жителей хуторов Ново-Персиановки, Нижне-Аютинского, Миллеровского и Сусела (где проводилась хинизация) оказался ниже по сравнению с процентом первичных заболеваний в хуторах Собачьем, Задонке и Веселом (где хинизация не проводилась). Так, в Ново-Персиановке не было ни одного нового заболевания малярией в 1925 г.; в хуторе Миллеровском первично заболело 12,3%, в хуторе Нижне-Аютинском 10,2%, в Суселе 10,4%, между тем, как в Собачьем процент первичных заболеваний дошел до 27,1%, в хуторе Веселом—до 25,6% и в Задонке—до 46%.

3) Значительно снизился процент повторных приступов малярии в месяцы март-сентябрь 1925 г. у лиц, заболевших малярией в прошлые годы по сравнению с повторными заболеваниями малярией в селениях Тузловской, Яново-Грушевской и Хутунке, в коих системная лечебная хинизация не проводилась.

Сравнительные данные представлены в следующей таблице:

Наименование селений	Число маля-рийных боль-ных	Процент повторных приступов малярии в 1925 г. по месяцам						
		Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь
Слобода Красюковская	1620	13,8	0,8	7,8	4,6	2,3	2,5	3,5
Слобода Тузловская	1655	15,3	30,2	21,2	9,7	17,2	18,3	26,3
Хутор Хутунок	492	23,0	23,0	13,2	3,2	7,8	12,1	13,4
Хутор Яново-Грушевский	672	11,3	31,9	18,2	7,8	18,2	25,2	34,4

4) Значительно снизился процент повторных приступов малярии у больных в слободе Красюковской в 1925 году по сравнению с таковым процентом в 1923 и 1924 году. В 1925 г. повторные приступы наблюдались у всех без исключения больных, т. е. в 100%. В 1924 г. повторные приступы зарегистрированы у 92,3% всех маляриков. В 1925 г. из хинизировавшихся больных малярией с прошлых лет дали приступы только 4,3%; процент же давших приступы среди нехинизировавшихся маляриков так же велик и доходит до 90%, как и в 1924 году.

Такое же уменьшение процента повторных приступов дали и больные в хуторах Ново-Персиановке, Нижне-Аютинском, Миллеровском и Суселе.

5) **Уменьшилось общее число больных малярией в слободе Красюковской к концу 1925 года по сравнению с 1923 и 1924 годами.** Так, увеличенная селезенка, являющаяся одним из наиболее частых признаков заболевания малярией, обнаружена при осеннем обследовании только у 10,5% всех жителей; в 1924 году увеличенную селезенку находили у 35,6% и в 1923 году у 51,4% жителей слободы Красюковской.

Малярийные паразиты в 1925 г. найдены в крови у 21,2% всех обследованных граждан слободы Красюковской; в 1924 г. паразитов находили у 49,6%, а в 1923 г.—у 73,5% всех граждан.

Приведенные данные о результатах противомалярийной кампании в слободе Красюковской и других селениях, расположенных в долине рек Тузлова, Грушевки и Аюты свидетельствуют о большом практическом значении лечебной системной хинизации в деле борьбы с малярией и о безусловной возможности проведения указанного мероприятия в сельской обстановке.

К проведению лечебной хинизации в слободе Красюковской в в настоящем 1926 году уже приступлено.

Можно надеяться путем проведения указанного начинания в течение нескольких лет подряд в значительной степени оздоровить в малярийном отношении слободу Красюковскую, даже в том случае, если по тем или иным причинам не удастся в ее районе провести санитарно-мелиоративных работ.

Лечебное дело.

Лечебную помощь, оказываемую населению округа, можно разделить на **больничную и внебольничную.** В городах округа эти виды помощи совершенно обособлены и осуществляются соответствующими специальными учреждениями. На селе все лечебное дело сосредоточено на врачебном сельском участке, который—в возможных пределах—оказывает сельскому населению все виды помощи.

I. Участковая сельская сеть.

Участковая сельская сеть Донского округа представляется в следующем виде:

на 1 января 1925 года всего по районам округа числилось 47 врачебных участков (из них больничных участков 27, амбулаторных 20) и 23 фельдшерских пункта. Всего коек в больницах числилось 303.

В среднем по округу приходилось: одному врачебному участку обслуживать население в 14.095 жителей на площади в 483 кв. версты. Одна койка приходилась на 2.186 человек.

На 1 января 1926 года в округе числилось 58 врачебных участков (из них больничных 32, амбулаторных 26). Число фельдшерских пунктов уменьшено до 23.

В среднем по округу приходится на 1 врачебный участок 11.422 жителя, площадь обслуживания—391 кв. верста. Одна койка приходится на 1.686 человек.

Как видно из приведенных данных, в деле строительства участковой сельской лечебной сети в Донском округе за отчетный период отмечаются крупные достижения.

Количество участков увеличилось на 25%, количество коек в участковых больницах—на 29%. Значительно уменьшились и площадь и количество населения, обслуживаемого одним врачебным участком и одной кроватью, а именно: площадь, обслуживаемая одним участком, сократилась на 92 кв. версты.

Количество населения, обслуживаемого одним участком уменьшилось на 2.620 человек.

Каждая койка стала обслуживать на 500 человек меньше, чем в предшествующем году (смотри таблицу на след. странице).

Отстаем ли мы от нормальной сети?

Согласно норме, принятой и в земское и в настоящее время, площадь, обслуживаемая врачебным участком, не должна превышать 314 кв. верст; таким образом, только 3 района (Аксайский, Азовский и Черкасский) удовлетворяют норме; средняя же по округу—выше нормы. Особенно

Состояние участковой сети по отдельным районам:

Название районов	Врачебн. уч.			Прих. на 1 врачучасток			Число кров. в участк. больн.	Приходится на 1 кровать		Число самостоят. фельдш. пунктов
	Всего по районам	Из них:								
		Больн. участки	Амбул. участки	Площадь	Радиус	Население		Площади	Населения	
Азовский	8	1	7	245 кв. в.	8,8 вер.	10565	28	70 кв. в.	3018	—
Ейский	7	5	2	466 „	12,2 „	15083	60	54 „	1760	6
Аксайский	7	3	4	233 „	8,5 „	9211	25	65 „	2579	1
Н. Черкасск.	7	3	4	265 „	9,2 „	4854	20	93 „	1699	1
Кущевский	6	6	—	464 „	12,2 „	12844	55	51 „	1401	5
Батайский	6	4	2	367 „	11,0 „	13263	54	41 „	1474	2
Ст.-Минской	5	4	1	352 „	10,9 „	15734	60	29 „	1311	3
Мечетинск.	5	2	3	670 „	14,8 „	11250	46	73 „	1223	5
Багаевский	4	2	2	427 „	11,6 „	9922	20	85 „	1988	—
Семикарак.	3	2	1	730 „	15,2 „	14220	25	88 „	1706	—

большие пространства на каждый врачебный участок падают в Мечетинском (670 кв. верст) и в Семикаракорском районах (730 кв в.).

Согласно общепринятой норме, количество населения на врачебный участок не должно превышать 8.000 чел. Только Новочеркасский район имеет населения на врачебный участок меньше нормы (4.854 чел.). Аксайский, Багаевский и Азовский районы более или менее приближаются к норме. Наибольшее количество населения на участок приходится в районах Семикаракорском (14.220 чел.), Ейском (15.083 чел.) и Старо-Минском (15.734 чел.).

На каждую койку приходится в среднем по округу—1.686 чел Принятая теперь норма Наркомздрава—500 человек на одну сельскую больничную койку. Чтобы сколько нибудь приблизиться к этой норме, необходимо значительно увеличить наличную коечную сеть по округу. Ни один район не имеет нормальной коечной сети, особенно же маломощна эта сеть в Азовском и Аксайском районах. Однако в отношении этих районов, а равно Ейского и Новочеркасского нужно иметь в виду, что все они имеют мощную городскую коечную сеть, которой и пользуются в широких пределах для сельского населения своего района (Аксайский район пользуется Ростовскими больницами), так что фактическая обеспеченность сельского населения коечной помощью в этих районах значительно выше и лучше, чем это определяется вышеприведенными статистическими данными.

Радиус (то-есть протяженность) **врачебных участков равен в среднем $11^1/_2$ верстам**, колеблясь по отдельным районам в довольно широких пределах—от $8^1/_2$ до 15 верст.

Нормальным радиусом для врачебного участка считается 10-тиверстный. Таким образом, участки Донокруга в большей своей части приближаются к норме, три района (Азовский, Аксайский и Новочеркасский) имеют даже радиус меньше нормального и только два района (Мечетинский и Семикаракорский) имеют средний радиус участка значительно выше нормы.

Фельдшерские пункты.

В деле оказания медицинской помощи в Донокруге довольно большую роль играют пока **фельдшерские пункты**. Количество фельдшерских пунктов в отчетном году — (23), несколько уменьшилось в сравнении с прошлым годом (27), однако, не в такой мере, как это было бы желательно, исходя из того положения, что нормальная медицинская помощь сельскому населению должна оказываться исключительно на врачебных участках.

Все фельдшерские пункты сосредоточены почти целиком в 3-х районах—Ейском (6), Кущевском (5) и Мечетинском (5); Азовский, Багаевский и Семикаракорский не имеют фельдшерских пунктов вовсе; в Аксайском и Новочеркасском —по одному фельдшерскому пункту, в Батайском—2 и в Старо-Минском—3.

Сельский медицинский персонал.

Медицинский персонал, обслуживающий участковую сеть, распределяется следующим образом:

На 1 января 1925 г. числилось: врачей 51, лекпомов 98, акушерок 55, зубврачей 9.

На 1 января 1926 г. числилось: врачей 72, лекпомов 107, акушерок 81, зубврачей 12.

Помимо общего количественного увеличения медицинского персонала в отчетном году, нужно отметить еще одно обстоятельство очень важное для развития медицинской помощи на селе,—именно комплектование некоторых участков вторыми врачами, что до отчетного периода имело место лишь в районных больницах. В настоящее время, помимо райцентров, **вторые врачи** полагаются по штату в 12-ти врачебно-больничных участках округа.

II. Городская лечебная сеть.

Городская **больничная сеть** обеспечивает коечной помощью городское население в лучшей мере, чем обслуживается этой помощью сельское население. Необходимо, однако, при оценке обеспеченности городов коечной помощью иметь в виду, что довольно значительная часть городских коек обслуживает крестьянство округа, а также некоторые другие группы населения. Так, в Ростове только 74% всех коек обслуживает застрахованное и приравненное к нему население; остальные 26% служат для госпитализации крестьян, больных, требующих экстренной помощи, заразных, беспризорных и т. д. В Новочеркасске, где сосредоточено много детского населения, половина всех кроватей (200 коек) обслуживает только детей; Азовская, Ейская и Новочеркасская больницы в значительной мере (в среднем 50%) обслуживают крестьянство. Внося соответствующие поправки, мы имеем **одну кровать в Ростове на 185 человек населения. В Новочеркасске—на 200 человек, в Азове—на 300 человек и в Ейске—на 500 чел.**

По принятым в данное время нормам в промышленных, как Ростов, центрах—на каждые 100 человек застрахованных, 150 человек членов их семей и 500 человек прочего населения должно приходиться по одной койке. Исходя из этих норм, обеспеченность коечной помощью городов Донского округа можно считать в общем удовлетвори-

тельной в Новочеркасске и Азове; больничная помощь недостаточна в Ейске, где количество коек необходимо увеличить, по крайней мере, на 25%, а также в Ростове, где уже в данное время должно быть 2000 кроватей против 1833, имеющихся сейчас.

По отдельным специальностям коечная помощь наиболее широко и полно представлена в Ростове, который имеет койки по 15 специальностям; затем в Новочеркасске (8) и, наконец, в Ейске и Азове — (по 5).

Внебольничная помощь в городах получила широкое развитие. Помимо общих и специальных **амбулаторий**, внебольничную помощь в городах оказывают пункты **помощи на дому**, которые через своих особых врачей (так называемых расхожих или раз'езжих) лечат больных на дому. В экстренных случаях (несчастные случаи, роды и т. д.) срочную помощь больным оказывают пункты **скорой помощи**, организованные таким образом, что в случае несчастья, уже через несколько минут больному подается врачебная помощь.

При надобности, больной без очереди, в срочном порядке, направляется в соответствующую больницу. Для перевозки прочих больных (неэкстренных) организуются так называемые **Эвакобюро**, т. е. пункты, снабженные соответствующими транспортными средствами.

Для оказания **зубоврачебной** и зуботехнической (искусственные зубы) помощи также имеются специальные учреждения.

Наконец, широкое развитие (особенно в Ростове) получили пункты первой помощи на предприятиях (так называемые **медико-санитарные пункты**); пункты эти устраиваются на крупных предприятиях) с числом рабочих более 200 человек) и имеют своей задачей оказание первой, неотложной помощи рабочим, получающим всякого рода повреждения во время работы. Врачи этих пунктов изучают производство и его влияние на здоровье рабочих.

По возможности устраняют производственные вредности и ведут широкую санитарно-профилактическую работу среди рабочих.

III. Внебольничная (амбулаторная) помощь в районах.

По имеющимся в нашем распоряжении статистическим данным (далеко не точным) в Донском округе в 1925 году к медицинской помощи обратилось в среднем 71% населения, или 700 человек на каждую тысячу населения, при чем по районам обращаемость эта в значительных пределах колеблется от 370 на каждую тысячу населения (наименьшее—в Семикаракорском районе) до 870—880 на тысячу населения—в Кущевском и Мечетинском районах.

В отношении **качества медицинской помощи**, получаемой населением Донского округа, положение не совсем еще удовлетворительно; из 482.149 первичных больных—398.976, т. е. 82,8% получили совет и помощь на врачебном участке, однако, 48.215 человек или 17,2% больных лечилось на фельдшерских, т. е. получали медицинскую помощь качественно более низкую и менее квалифицированную. Общая посещаемость дает примерно такие же цифры: **из 1.048.880 посещений—898.178 или 85,6% падает на врачебные участки, а 150.702 (14,4%) —на фельдшерские.**

Что касается **количества больных, которых приходится обслуживать каждому врачебному участку,** то в среднем по округу приходится на один врачебный участок 15486 человек в год или **51 человек в день.** Норма Наркомздрава—40 человек.

На многих медицинских участках наблюдается значительная перегрузка врачей амбулаторной работой, особенно там, где имеется больница на 10—15 кроватей. При таких условиях прием значительной части больных передается врачем фельдшеру, отчего качество медицинской помощи, понятно, значительно понижается.

Помимо амбулаторной помощи врачучастки и фельдшерские пункты оказывают медицинскую **помощь населению окрестных сел** путем выездов (чаще пешком) к больным на дом.

За отчетный период было произведено выездов всего по округу: врачами 24678 и лекпомами 24444.

Работа глазного отряда; результаты обследования.

В отчетном году Донздравотделом был направлен глазной отряд для лечебной, обследовательской и санитарно-просветительной работы на селе. Отряд в составе 3-х врачей работал в течение $4^1/_2$ месяцев (с 15 июля по 1-е декабря 1925 г.) в Кущевском и Старо-Минском районах. Все содержание отряда принято было за счет Окружного бюджета. Только поездка по районам обслуживалась транспортом районов и некоторую помощь в работе отряду оказывал участковый медицинский персонал. За время работы отрядом было принято 2428 человек глазных больных, сделавших 7171 посещение; коечной помощью пользовалось 75 человек, проведших 913 койко-дней; эти больные клались в больницу для серьезных операций. Всего операций отряд сделал 252 (из них 53 экстракции катаракты).

Отрядом проведено 2480 обследований. Обследовались главным образом организованные группы (школьники, пионеры, комсомольцы, члены профсоюзов), так как крестьяне и казаки заняты полевыми работами. В 30-ти селениях хлеборобов обследовано 472, рабочих и служащих 351, а также учащиеся и другие группы населения (детские дома и проч.) В обоих районах обнаружено 74 абсолютно слепых, главная масса которых (23 человека или 31%) ослепли в результате заболевания оспой, 13 чел. или 17,5%—после золотухи и 8 чел. или 10,8%—после бленнореи; другие причины слепоты (сыпной тиф, глаукома и т. д.) дали меньшие цифры.

Больных трахомой в Кущевском районе обнаружено 353 человека, что составляет по всем первичным больным 13,5%; больше всего поражены трахомой дети детских домов (47,4%), затем учащиеся (13%) и хлеборобы (10%). Наиболее поражены Ильинка, Полтавченское, Ириновка, Кугейская и Детская Колония имени тов. Ленина.

В Старо-Минском больных трахомой обнаружено 168 чел. (7,2%); наиболее пораженными оказались хутор Бразников и детские дома Старо-Минской и Ново-Минской станиц.

Санитарно - просветительных бесед, сопровождавшихся демонстрацией глазной выставки, проведено 20.

IV. Больничная помощь в районах.

За отчетный год в участковых больницах лечилось 8808 больных, которыми проведено 81647 койко-дней, что на каждого больного составляет в среднем 9 дней.

Необходимо принять во внимание, что на участках количество фактически развернутых коек равнялось 303; таким образом процент пустовавших коек в сельских больницах достигает 25%. Указанный процент прогула коек для сельских больниц следует признать нормальным, если учесть следующие главнейшие обстоятельства:

1) Незаполнение коек в рабочую пору, когда крестьяне, занятые полевыми работами, ложатся на койку в самых крайних случаях.

2) Незаполнение заразных коек из-за отсутствия эпидемии.

3) Перерывы в работе больниц из-за ремонта.

Отбор больных на койки довольно значителен и в среднем по округу равен 2% по всем амбулаторным больным.

По отношению ко всему населению коечным лечением воспользовалось 1,3% жителей.

Смертность коечных больных невелика и, в среднем, составляет 2,5% всех коечных больных; по отдельным районам наибольшая смертность падает на районы: Багаевский (4%), Мечетинский и Старо-Минской (3,5%); наименьшая смертность падает на Новочеркасский (1%), Батайский (1,7%) и Аксайский (1,8%).

V. Внебольничная помощь в городах.

1. **Амбулаторная** помощь в городах удовлетворяет почти полностью нужды городского населения. В городской амбулаторной работе необходимо отметить следующие особенности:

во-первых, значительную обращаемость и посещаемость амбулаторий;

во-вторых, преимущественное обслуживание амбулаторной помощью застрахованного населения;

в-третьих, качественно-высокую врачебную помощь, оказываемую исключительно врачебным, весьма квалифицированным, персоналом по всем специальностям.

За отчетный период городские амбулатории пропустили 354.657 первичных больных и 1.126.579 повторных, а всего 1.481.236 посещений. При этом в Ростове 92% всех посещений падает на застрахованных.

2. **Помощь на дому**, почти исключительно врачебная, оказывается городскому населению в весьма широких пределах, а именно: сделано квартирных посещений:

	Врачами	Лекпомами
Ростов-Нахичевань . . .	89.225	—
Новочеркасск	6.077	90
Ейск	2.976	344
Азов	2.396	295

3. **Медико-санитарные пункты** Ростова пропустили за год 135.953 рабочих первично и 78.698 повторно.

4. **Пункт Скорой помощи** (в Ростове) за отчетный год оказал необходимое пособие при 15.491 вызове, что составляет в среднем по 42 вызова в день. Главная часть работы пункта Скорой помощи— 12.348 вызовов (79,7%) падает на оказание помощи в случаях, действительно экстренных, требующих именно „скорой помощи", прочие вызовы (3.142 или 20,3%) были произведены в случаях не экстренных, когда граждане вызывали скорую помощь без особой к тому необходимости.

5. **Эвакобюро** по Ростову и Нахичевани выполнило в отчетном году 12.343 всякого рода перевозок больных по городским лечебным учреждениям по эвакуации в другие города и т. п.

VI. Деятельность городских больниц.

1883 койки (городских), находящиеся в непосредственном ведении Донздравотдела (в Ростове и Новочеркасске) за отчетный период обслужили 45.601 больного, которые провели 537.738 койко-дней. 2/3 всего количества кроватей (66,9%) были заняты застрахованными и приравненными к ним больными; женщин было 56,7%, мужчин—43,3%; смертность коечных больных невелика (2,4%).

При определении процента прогула коек по сети Донздравотдела следует иметь в виду следующее:

1) Проведение крупных больничных ремонтов, что было связано с временным закрытием или частичным свертыванием отдельных больниц.

2) Наличие в сети Донздравотдела значительного количества заразных коек, бронируемых на случай эпидемических вспышек и заполняемых лишь по сезонам развития отдельных инфекционных заболеваний (детские заразные койки, пастеровские, то есть для укушенных бешеными животными, и друг.). Действительный **прогул коек в городской сети Донздравотдела очень незначителен**; в общем не превышет 3-5%. Постоянное отсутствие свободных коек в коечной городской сети Донздравотдела, хронические очереди на койки по отдельным специальностям (среди больных)—доказывают, что городская коечная сеть значительно перегружена. Сильную напряженность коечной сети подтверждает и время пребывания одного больного на койке, равняющееся в среднем 12 дням. Принимая во внимание, что многие болезни (туберкулез легких, а особенно костей, душевные болезни, ортопедические, нервные, отчасти гинекологические и кожные) требуют для своего коечного лечения от одного месяца до трех—шести и более,—нужно считать, что в среднем **больные проводят на койке менее 10-ти дней**. Это свидетельствует о чрезмерном обороте городских коек; под напором обращающихся за помещением на койку больницы вынуждены выписывать выздоравливающих при первой к этому возможности.

По другим городам округа деятельность городской коечной сети представляет некоторые особенности и—прежде всего—в отношении обслуживаемых групп населения. В Ейске, Азове и Новочеркасске застрахованные коечные больные составляют меньшинство (примерно, третью часть всех больных), остальные 2/3 обслуживают сельское население соответствующих районов. В Новочеркасске, кроме того, большой процент падает на детей из детских домов, а также на учащихся, в большом числе сосредоточенных в этом городе.

Специальные виды лечебной помощи почти исключительно оказываются населению округа в городах.

На участках имеются только общие, хирургические, родильные и заразные кровати и то, главным образом, в районных центрах. В Ейске, кроме того, имеется несколько кожно-венерических коек, а в Новочеркасске—200 коек детских, 25 кожно-венерических и 10 глазных; койки-же психиатрические, ортопедические и пастеровские имеются только в Ростове. В прочих городах округа почти отсутствуют нервные, туберкулезные и койки по болезням уха, горла и носа. Указанные категории больных обращаются за коечным лечением в Ростов.

Коек для прокаженных в округе нет, больные проказою направляются в лепрозории или лепроколонии, по указанию Краевого Управления Здравоохранения.

Из дополнительных и вспомогательных лечебных установок в округе, необходимо отметить два физио-терапевтических учреждения в Ростове и в Новочеркасске, где больным предоставляется водолечение, светолечение, теплолечение, электролечение и механо-терапия (в Ростове).

Все лечебные учреждения городов обслуживаются достаточной сетью больничных и внебольничных **лабораторий** и девятью **рентгеновскими кабинетами,** из которых 6 находятся в Ростове, два—в Новочеркасске и один—в Ейске.

VII. Зубоврачебная помощь в округе.

Зубоврачебная помощь достигла заметного развития. В отчетном году зубоврачебная помощь оказывается не только в городах и районных центрах, но и на селе и при том, главным образом, казачьему и крестьянскому населению (67%), остальные 33% приходится на застрахованных и приравненных к ним. По всему округу имеется 48 зубных кресел, из которых 36—в городах и 12—в сельских местностях; все они пропустили за год 70.322 больных (из них в городах—51.879), сделавших 233.926 посещений (в городах 287.078 посещений). Во всех городах имеется, кроме того, 4 зуботехнических мастерских (по одной в каждом), в которых изготовлено 33.400 искусственных зубов.

VIII. Родовспоможение.

В районах округа функционировало в отчетном году 59 сельских родильных коек. Оказано 29.063 родовспоможений, что составляет в среднем 10% ко всему количеству родов. Отмечается большой сдвиг в сторону большого доверия казачек и крестьянок к акушерской помощи, что особенно важно в условиях Донского округа, где женщина в массе еще живет старыми предрассудками в вопросе о родовспоможении.

В городах округа число родильных коек равняется 142. Родовспоможение, как правило, оказывается в родильных отделениях больниц параллельно с родовспоможением на дому.

IX. Судебно-медицинская экспертиза.

Судебно-медицинская экспертиза имеет целью привлечение врачей для специальных исследований, необходимых суду при установлении отдельных преступных деяний, при выяснении причин и характера преступления. Несмотря на значительный запрос на эту экспертизу, организация Судебной медицины в Донском округе еще чрезвычайно слаба. На весь округ имеется пять врачей экспертов,—по одному в Ростове, в Нахичевани, Новочеркасске, Ейске и Азове. По Ростову произведено за год вскрытий и освидетельствований живых лиц 1891 (из них 450 вскрытий), по Нахичевани—909 (91 вскрытие), по Ейску—2342 (42 вскрытия), по Новочеркасску 684 (128 вскрытий) и по Азову—339 (13 вскрытий). Произведена, таким образом, большая работа в Ростове и в городских районах. Однако и в остальных районах потребность в судебной экспертизе весьма велика, так, например, в Батайске произведено 457 исследований (из них вскрытий 118), в Старо-Минском—584 (32 вскрытия), в Кущевском—721 (125 вскрытий), в Багаевской—143 (5 вскрытий) и в других районах—от 55 до 121 вскрытия и освидетельствования.

Наличные судебно-медицинские эксперты не могут обслуживать еще и прочие районы. Таким образом, районы лишенные судебно-медицинских экспертов, не всегда производят экспертизу или производят ее через участковых врачей, которые достаточно перегружены непосредственной работой на участках.

X. Протезное дело.

Протезированием (снабжение искусственными приспособлениями взамен той или иной части тела, которой человек лишился на войне или при несчастном случае) обслуживаются Донздравотделом преимущественно инвалиды труда и войны.

В настоящее время предпринят точный учет нуждающихся в крупных протезах (искусственных конечностей —рук и ног) по районам округа.

Находившаяся в непосредственном ведении Донздравотдела протезная мастерская передана Краевому Управлению Здравоохранения для обслуживания протезной помощью, на ряду с Донским округом, других округов Северного Кавказа.

За отчетный период по г.г. Ростову и Нахичевани были выданы застрахованным 448 крупных протезов, 690 мелких, 190 заказов ортопедической обуви; отремонтировано 160 протезов; выданы очки 6727 человекам, сделано 3073 зубных протеза и 312 починок этих протезов; вставлено 26993 искусственных зуба.

Протезная помощь незастрахованным (преимущественно крестьянам) выразилась в 1925 году в изготовлении 27 крупных протезов (рук и ног), 15 заказов ортопедической обуви, 7 мелких протезов и в производстве отдельных починок старых протезов.

XI. Аптечное дело.

Вопросам медикаментозного снабжения лечебных учреждений округа, а также развития аптечного дела, особенно на селе, Донздравотделом уделено много внимания.

Отпущенные Донисполкомом 33.000 рублей дотации на медикаментозную помощь в районах—Донздравотделом были распределены натурой медикаментами и инструментарием по округу. При этом были учтены как мощность районов, так и количество участков и численность населения. Крупные районные центры дотационными суммами не пользовались. Это частично обеспечило нормальное существование сельских участков. Вместе с тем Донздравотделом были приняты меры к расширению аптечной внебольничной сети на селе.

Открытые на селе государственные хозрасчетные аптеки имеют большое значение в обеспечении участка квалифицированной лекарственной помощью, а также способствуют внедрению в сельский обиход предметов санитарии и гигиены.

Об‘единение всего аптечного дела в округе и развертывание сети хозрасчетных аптек возложено на Окружное Аптекоуправление— „**Донмедторг**". На развитие сельской хозрасчетной сети из Окружного бюджета Донисполкомом отпущена Донмедторгу дотация в сумме 10.000 рублей.

В настоящее время сельская **аптечная сеть** по Донскому округу состоит из 125 аптек.

Увеличение сельской аптечной сети выразилось в 23 единицы. Сверх того, в ведение участков перешло 8 ликвидированных частновладельческих аптек; частно-арендованных аптек в селах осталось пять. К началу отчетного периода сельская аптека обслуживала (исключая города) в среднем 10.950 человек населения, в настоящее время одной аптекой обслуживается в среднем 7088 человек.

Городская аптечная сеть по Ростову, Азову, Ейску и Новочеркасску состоит из 43 аптек. Частно-арендованных аптек осталось всего шесть (вместо 11 к началу отчетного периода). Из общего числа аптек государственных хозрасчетных—35.

Нужды в увеличении городской аптечной сети не предвидится. Дальнейшее расширение городской аптечной сети возможно исключительно на окраинах по мере роста городов.

Основное завоевание Октябрьской Революции в том, что она раз навсегда отучила наши трудящиеся массы мириться с нищетой, тьмой, бесправием, и этим открыла напор новых и новых, все более растущих потребностей; и мы еще долго будем наблюдать несоответствие потребностей и возможностей и вытекающие отсюда хвосты,—хвосты нашего культурного роста.

Л. Д. ТРОЦКИЙ.

(Из речи на 1-м Всесоюзном с‘езде участковых врачей).

Одним из лозунгов ближайшего периода будет требование мостов и дорог...

Борьба за дорогу есть борьба за культуру, борьба за культуру есть борьба за лучшую постановку здравоохранения.

ТРОЦКИЙ.

Материальное и бытовое положение медицинских работников.

Северо-Кавказским Краевым Отделом союза „Медикосантруд“ произведено в 1925 г. анкетное обследование материального, бытового и жилищного положения медицинских работников по г.г. Ростову и Нахичевани. Подобное выяснение условий труда и быта медицинских работников в сельских местностях Донского округа было произведено Донским Окружным Отделом Здравоохранения.

Указанные данные до известной степени отражают действительное положение вещей и позволяют сделать ряд общих выводов.

Заработная плата.

Ставки заработной платы для медицинского персонала по местному бюджету видны из следующих данных: В 1924/25 году по местному бюджету отпускалось:

—врачу (ординатору)[1] . . . . . 50 руб,
—лекпому и акушерке . . 30 и 35 руб.

В 1925/26 году по местному бюджету отпускается:

—врачу (ординатору) . . . . . 76 руб.
—лекпому и акушерке . . . . . 40 руб.

Таким образом, рост ставок по местному бюджету составляет:

—для врача . . . . 50%.
—для среднего медперсонала 25%.

Фактически зарплата медперсонала в Ростове и на сельских медицинских участках выше, благодаря надбавкам за счет лечебно-страхового фонда.

Действительные ставки равняются в среднем:[2]

—для врача ординатора . . . . 91 руб.
—для лекпома и акушерки (в районах) . 46 руб.
(в г. Ростове) . 50 руб.

Означенные оклады превышают субвенционные ставки, которые для Донского округа установлены в размерах:

—для врача . . . . 76 руб.
—для лекпома и акушерки . . . 38 руб.

Тем не менее, зарплата медицинских работников все еще продолжает оставаться низкой и отстает от среднего уровня зарплаты промышленных рабочих.

Побочные доходы.

По данным анкетного обследования 149 врачей и 79 лекпомов в г. Ростове видно, что 15,9% врачей имеют побочный заработок по совместительству; у 29,7% врачей и 19% лекпомов заработок имеют члены семей; 21,7% врачей и только 2,5% лекпомов имеют другие виды побочного заработка.

---

[1]) Не считая спецставок.
[2]) % надбавки за счет лечебно-страхового фонда в разных районах не одинаков.

В среднем, на каждого врача приходится дополнительного заработка 37 руб. 36 коп., на лекпома—22 руб.

Жилищные условия городского медработника.

Живут в домах:	Врачей	Лекпомов	Санитар.
Без канализации	24,2%	47,9%	41,0%
„ водопровода	14,0%	44,0%	30,0%
„ кухонь	30,1%	41,0%	61,9%
„ уборных	0,6%	0,7%	3,6%
Кухня служит под жилье . .	0,9%	1,9%	1,8%
Живут в негодных для жилья квартирах	22,2%	40,9%	45,5%
В сырых квартирах	33,4%	41,0%	61,8%

По данным специального жилищного обследования 1122-х человек на каждого медработника в среднем приходится жилой площади пола в 13,9 кв. арш., при чем:

на врача падает 20,4 кв. арш.
„ лекпома „ 14,4 „ „
„ санитара „ 9,4 „ „

Это составляет в среднем для врачей „голодную“ жилищную норму, в то время как для лекпомов и особенно санитаров много ниже нормы.

О положении на сельском участке.

Существующие недостатки городской жизни медработника несколько смягчаются большей возможностью удовлетворения культурных нужд и научных запросов и большим кругом общения. В сельской же действительности деятельность участкового медработника оторванного от культурного центра, значительно осложняется трудностью организации медицинской помощи населению, благодаря наличию недостаточно внимательного отношения отдельных сельсоветов к правам и нуждам медицинских работников и неосведомленности об обязанностях участкового персонала.

По данным анкетного обследования 54-х медучастков (46 врачебных и 8 фельдшерских) ни один участок не располагает своим транспортом. 9,3% обследованных участков совершенно не пользуется никаким транспортом; 13% пользуется транспортом сельсовета, 37% пользуется подводами больных граждан, приезжающими за врачем; 20,4% пользуется обывательскими подводамм и 20,3% приходится на пользование случайными подводами попутчиков.

По тем же данным, медицинский персонал только в 11 участках пользуется содействием властей, при чем лишь в двух случаях со стороны сельсоветов не было никогда отказа в транспорте (Самарский участок Батайского района и Кривянский участок Новочеркасского района). Один из участков сообщает, что сельсовет всегда готов помочь, но только за плату, бесплатно же—никогда (Старо-Щербинский участок Ейского района).

При таком положении вещей у участкового медперсонала уходит очень много непроизводительного времени на пешее хождение по больным уже после довольно обременительного амбулаторного приема и больничной работы. Ясно, что в этих условиях для медицинского самообразования, для культурной и общественной деятельности остается слишком мало времени.

Жилищные условия. Жилищные условия квалифицированного медицинского персонала на селе много хуже, чем в Ростове. Об этом можно судить по следующей таблице:

Распределение жилой площади по 8 районам Донского округа на каждого члена семьи квалифицированного медперсонала участка:

		Новочеркас. район	Аксайский район	Батайский район	Азовский район	Ейский район	Багаевский район	Мечетинской район	Ст.-Минской район	Средняя площадь на 1 чел
Площадь на каждого чл. семьи	врачи	16,3	17,0	9,0	16,6	31,5	30,0	17,0	10,0	17,0
	ср. перс.	10,0	15,0	17,0	12,0	нет свед.	25,4	14,2	нет свед.	14,6

Как исключение, медицинский работник обеспечен квартирой при медицинском участке (8 случаев); к тому же предоставление этих квартир носит временный характер. В шести участках семья медицинского работника живет в собственных домах (саманные постройки). Во многих участках трудно бывает найти отдельные комнаты, вследствие чего ряд работников вынуждены жить порознь с семьями. Вот что сообщает по этому поводу один участковый врач Новочеркасского района:

„В К . . . . . совершенно невозможно найти отдельных комнат. Поэтому медицинский персонал ютится в углах, живя вместе с хозяевами. Например,—врач занимает угол в хате из одной комнаты в 24 кв. арш.; отведено место только для койки и столика. Под койкой и столом наложены кабаки. В комнате, кроме врача, спят еще двое мужчин и женщина на полу. Ночью прохода нет и приходится воздерживаться от ходьбы по естественным надобностям. Лекпом живет в точно таких же условиях. Две акушерки-фельдшерицы занимают одну проходную комнату, которой пользуются и хозяева. В виду ужасных условий, семьи медперсонала совместно жить не могут. Этим об'ясняется, что в течение года переменилось пять врачей“.

Расходы медперсонала на наем и содержание квартиры. В среднем наем квартиры для врача и среднего медицинского персонала обходится свыше 10 руб. в месяц. Топливо, освещение и содержание помещения обходится в среднем—в 11 руб. 50 коп. Для сельского медицинского работника остается, таким образом, слишком мало на одежду и на культурные нужды, если иметь в виду дороговизну питания в деревне.

Из всех ответов анкетного материала только 10 лиц врачей, лекпомов, сестер, акушерок считают жилищные условия сравнительно сносными.

Наиболее удобным и целесообразным разрешением жилищного вопроса на участках медицинский персонал находит в постройке жилищ при самих участках, предоставлении бесплатных квартир в муниципализированных домах, или оплате деньгами за наем, отопление, освещение и воду (от 15 до 25—40 руб. в зависимости от местных условий.)

Снабжение одеждой, медицинской литературой и проч.

Что касается прозодежды применительно к условиям сельской работы, то медперсонал ее совершенно лишен, между тем без соответствующей одежды в определенное время года обойтись нельзя; на свои же средства приобрести не представляется возможным.

Неважно обстоит дело и с медицинским самообразованием медработника. Для этого прежде всего необходимо достаточное снабжение участковых врачей и среднего медперсонала соответствующей медицинской литературой и необходимыми пособиями, в чем медперсонал ощущает особенно острую нужду.

Правовое положение.

Защита прав и определение обязанностей врача и среднего персонала основывается на общеустановленных гражданских законах страны. Правонарушения в этом отношении со стороны отдельных лиц или представителей власти об'ясняются часто непониманием чрезвычайно сложных особенностей медицинского труда, в результате чего возникают недоразумения, конфликты, необоснованные требования, а—в отдельных случаях—судебные преследования медицинских работников.

Население привыкло смотреть на участкового врача и лекпома, как на лиц, для которых не писаны никакие нормы труда, ни дни отдыха. „Вызовы в часы отдыха к больным, не требующим неотложного врачебного вмешательства—обычное явление",—так пишут врачи в анкетах по вопросу о правовом положении. „Часто бывают случаи—присылают за медикаментами в аптеку по своему усмотрению, отчего происходят недоразумения"—сообщает один из работников Ейского района, а другой добавляет: „нередко это служит поводом доносов и жалоб на медперсонал".

В полной безнадежности один из участковых врачей жалуется:

„Какими правами пользуется врач и персонал мне неизвестно, но вообще грубое обращение здесь имеет место на каждом шагу. Укажу—день отдыха: является гражданин и под угрозой, что разобьет все окна, если ему не дадут порошков от головы, продолжает угрожать, что он нам покажет, как отдыхать и барствовать". Один из врачей Аксайского района рассказывает, что были неоднократные приказы,—как в письменной, так и в устной форме—о распределении рабочих часов медперсонала, о прописывании рецептов и проч. На пленуме сельсовета 27/II—26 г., когда врач заявил, что таким приказам он не подчинится—медперсонал был назван председателем „буржуазией".

Как образчик своеобразного понимания обязанностей медперсонала, можно привести следующий случай, описанный врачом одного из участков Новочеркасского района:

„1 февраля н. г. мне, врачу, было предложено сельсоветом разнести в 24 семьи повестки для явки населения на перевыборы сельсовета. Мною было заявлено, что в виду конца месяца мне необходимо; помимо текущей работы, составить ежемесячный отчет. На такое мое заявление председатель сельсовета закричал: „Я вам приказываю". Я еще раз возразил, что не обязан же врач быть в роли рассыльного и опять последовал ответ: „Я вам приказываю".

Что мешает нормальной работе медицинского участка?

Конечно, в ряде других случаев наблюдается и невнимательное отношение со стороны медицинских работников к нуждам населения. Но есть, повидимому, места, где работа участкового медицинского персонала не ограждена от капризов и необоснованных требований малосознательной части населения; есть места, где вдобавок со стороны сельсовета не проявляется забота о предо-

ставлении сносного жилища врачу. Немудрено, что создается неблагоприятная обстановка для работы. Вот почему наблюдается обратная тяга врачей в город, хотя они наперед знают, что рискуют оставаться безработными. Вот почему с таким трудом удается заполнить свободные вакансии на пустующих медицинских участках.

Как наладить работу? Как изживать эти ненормальности?

Всесоюзный с'езд участковых врачей в декабре 1925 года сказал свое авторитетное слово по вопросу о создании благоприятных условий работы в области здравоохранения на селе.

Ряд предложений с'езда об улучшении материальных и бытовых условий медработника деревни связан в значительной степени с бюджетом, почему уже сейчас необходимо принять ряд мер по осуществлению этих мероприятий к новому бюджетному году на основе декрета Совнаркома РСФСР от 2 декабря 1925 года. Но есть ряд мер, не связанных с бюджетом—это вопросы правового положения и взаимоотношений медперсонала, населения и сельской власти.

Эти вопросы могут и должны быть урегулированы на основе опубликованной 11 марта с. г. инструкции Наркомюста, Наркомздрава и Наркомтруда, согласованной с ВЦСПС, о правах и обязанностях участкового медицинского персонала.

Большинство врачей таких, которые видят, что народ борется за свое существование, видят, что он хочет решить своей борьбой основные вопросы спасения всякой культуры. Врачи вносят на это тяжелое, трудное дело не меньше самопожертвования, чем военные специалисты, они отдают свои силы на работу для трудящихся.

В. И. ЛЕНИН.

Есть у нас действительно настоящая советская народная медицина и ее гордость—наша трудовая интеллигенция, наши красные участковые врачи.

ДЕМЬЯН БЕДНЫЙ.

(Из речи на 1-м Всесоюзном с'езде участковых врачей).

Санаторно-курортная помощь рабочим и крестьянам Донского Округа.

А. Курортная помощь и дома отдыха застрахованным.

I. Курорты.

Медицинский отбор на курорты и в дома отдыха.

Санаторно-курортная помощь застрахованным осуществляется Донской Окружной Страхкассой в согласованном порядке с Донским Отделом Здравоохранения.

Медицинский отбор больных на курорты и в дома отдыха проводится через медико-санитарные учреждения Здравотдела (амбулатории, диспансеры и др.) и врачебно-курортные комиссии. В районах округа выполнение этих функций возложено на врачебно-контрольные комиссии. В Ростове в состав комиссий входили: три врача по отдельным специальностям (по внутренним, нервным болезням и врач-хирург), представитель Страхкассы и представитель Крайсовпрофа.

В задачи врачебно-курортных комиссий входит: постановка больному диагноза (то-есть установление болезни), определение действительной нуждаемости больного в курортном лечении и указание подходящего курорта для лечения больного.

Руководствуясь этими врачебными указаниями, особая комиссия („социальная комиссия“), утвержденная Совпрофом, производит окончательное выделение больных для отправки на курорт.

Кто отправлен на курорты?

За курортный сезон 1925 года прошло через Ростовскую врачебно-курортную комиссию 4125 человек и в районах округа—371 чел. Из них отправлено на курорты всего 1144 больных (из Ростова—1057 чел., из районов—87 чел.).

Из числа больных, отправленных на курорты, приходится по отдельным районам округа: из Новочеркасского района—42 чел., из Ейского—18 чел., Азовского—11 чел., Мечетинского—4 чел., Кущевского—3, Старо-Минского—3, Багаевского—3, Батайского—2, Константиновского—1.

По разным организациям места распределяются следующим образом:

Профсоюзы получили 1035 мест, из их числа рабочим предоставлено 829 мест, служащим—206 мест. Из числа служащих послано 43 школьных работника.

Разным организациям (военное ведомство, студенты, учащиеся рабфаков, инвалиды и др.) было предоставлено 109 мест.

Огромное большинство посланных на курорты—рабочие (свыше 80 процентов); остальные—служащие (около 20 процентов).

По возрасту наибольшее количество мест приходится на больных от 20 до 40 лет (793 чел.) и от 40 до 50 лет (214 чел.).

В отчетном году впервые осуществлена была посылка на курортное лечение членов семей застрахованных, а именно детей в возрасте от 4 до 14 лет. Дети посылались исключительно в Анапу по строго ограниченным показаниям: скрофулез, железистый туберкулез, рахит и т. д. Всего детей послано на курорты 104.

По роду заболевания отправлено больных:

	Туберкулез легких и желез	Костный туберкулез	Нервные болезни	Малокровие	Ревматизм	Хронические болезни суставов	Заболевание периферической нервной системы	Сердечные болезни	Желудочные болезни	Болезни обмена	Мочеполовые	Венерические и накожные	Прочие	Итого
Мужчин . . .	445	24	51	26	18	28	19	78	43	8	2	11	16	769
Женщин . .	244	7	11	8	1	8	6	31	11	5	37	—	6	375
Итого . .	689	31	62	34	19	36	25	109	54	13	39	11	22	1144

Слабо были удовлетворены больные с ревматическими, женскими болезнями и сифилитики. Сравнительно большой процент падает на группы нервных больных.

Мужчин послано по округу 769 (67%), женщин—375 (33%).

По срокам лечения главная масса туберкулезных больных была послана на $1^{1}/_{2}$ месяца; требующие лечения на минеральных водах—на пять недель. Туберкулезные с тяжелыми процессами посылались на 8 и более недель.

Где лечились больные и каковы результаты?

По отдельным курортам больные распределяются следующим образом: в Геленджик послано 492 чел., в Уч-Дере—34 ч., в Сочи послано – 65 ч., в Красную Поляну—28 ч., в Крым (южн. берег)—4 ч., в Нальчик—40 ч., в Анапу взрослых—35 ч., (плюс 100 детей), в Кисловодск—134 ч., в Пятигорск—91 ч., в Ессентуки—71 ч., в Железноводск—2, в Мацесту—14 ч., в Пуще-Водицу (Киев)—31 ч., в Горячий Ключ—3 человека.

О результатах лечения можно судить по следующим данным: 85% больных получили улучшение в состоянии здоровья; в среднем больные вернулись с курортов с прибавкой в весе на 10 фунтов.

Расходы Донской Страхкассы.

Санатории находились в непосредственном ведении Северо-Кавказского Краевого Комитета Страхкасс. Расчет по содержанию коек производился последним за счет разновременных перечислений в краевой фонд; оплата проезда больных в санатории обошлась Донской Страхкассе в сумме 14.764 руб. 31 коп.

II. Дома Отдыха.

Ростовские дома отдыха были к началу сезона отремонтированы, дооборудованы и приведены в надлежащий вид. Обстановка домов и деятельность обслуживающего персонала сводились к одной цели—дать отдыхающему здоровый и разумный отдых. Игры, катание

на лодках, физкультура, библиотеки, концерты, спектакли, кино, хорошее питание—все это способствовало быстрому восстановлению сил отдыхающих.

Кто направлен в дома отдыха?

Все места в доме отдыха были Крайсовпрофом распределены по профсоюзам.

Направлялись отдыхающие путем предварительного отбора на предприятии „здравячейкой“ и врачем медико-санитарного пункта и после заключения врачебно-проверочной комиссии.

При отборе преимущество давалось наиболее ослабленным, переутомленным, малокровным с упадком питания, многосемейным и с низкой заработной платой.

Всего за 10 отправок через Ростовский дом отдыха прошло 2771 чел., из которых мужчин - 1848, женщин—839 и детей при матерях (моложе 3 лет)—84.

Помимо того, отправлены в дома отдыха в Поляковку—40 чел. и во Владикавказскую Здравницу - 23 чел. (преимущественно рабочие с месячным отпуском).

В Новочеркасске пропущено через дома отдыха 529 застрахованных.

Таким образом, **всего по округу воспользовались пребыванием в доме отдыха** 3363 челов., в том числе детей при матерях—84.

По возрасту большинство отдыхавших в Ростовских домах отдыха, в Поляковке и во Владикавказской Здравнице падает на лиц: от 20-29-ти лет (1112 чел.); от 30-39 лет отдыхало 681 чел.; свыше сороколетнего возраста—543 чел., детей до 3-х лет—84.

Из направленных во все дома отдыха приходится: рабочих - 2587 (77%), служащих—655 (19,4%), безработных—26 (0,8%), детей при матерях до 3-х лет—95 (2,8%), итого—3363.

Время пребывания в домах отдыха и результаты.

Все отдыхавшие в Ростовском доме отдыха пробыли по две недели, за исключением 8 человек, проведших по 4 недели.

Результаты пребывания в домах отдыха выразились в сравнительно высокой прибавке в весе (в среднем больше 6 фунтов). Время пребывания в домах отдыха было хорошо использовано застрахованными, имевшими благоприятную обстановку для удовлетворения культурных запросов.

Расходы Донской страхкассы.

В расходах по содержанию домов отдыха участвовали профсоюзы, оплачивая койки за двухнедельное содержание из расчета 18 р. 75 коп. (некоторые союзы—12 руб.).

На долю Донской страхкассы пришлось израсходовать (вместе с дотацией на содержание дома отдыха в Новочеркасске) 253.157 руб. 29 коп.

План на ближайший летний сезон.

Удовлетворительные результаты, достигнутые в сезон 1925 года, убеждают в целесообразности всемерного расширения пропускной способности домов отдыха за счет ограничения направления застрахованных на дальние, дорого стоющие, курорты. По плану на предстоящий сезон предусмотрена постройка 2-х корпусов на 300 коек. Таким образом, предполагается пропустить в 1926 г. около 5.000 застрахованных. Совершенно ясно, что при этом условии отпадает необходимость в курортном лечении для значительного числа больных, особой нужды в курорте не испытывающих. По указанным соображениям программа курортной помощи в 1926 году сокращается до 946 мест.

Б. Курортная помощь крестьянам.

Зачем крестьянам курорты?

В отчетном году Донздравотделом было обращено внимание на обеспечение курортной помощи крестьянам округа. В самом деле: среди обращающихся крестьян за медицинской помощью во врачебные участки и в городские больницы имеются такие больные, которые не могут быть быстро излечены ни лекарствами, ни особым вмешательством (операция) медицинского специалиста. Подобно вредностям на промышленных предприятиях, вызывающих профессиональные болезни среди рабочих, наблюдаются и среди крестьян больные, не поддающиеся лечению на месте и требующие применения специальных видов медицинской помощи на отдельных курортах, то есть в местностях, отличающихся особыми природными целебными свойствами. Среди крестьян большое распространение имеют такие болезни, как, например, ревматизм (особенно на отдельных промыслах, в частности, среди рыбаков), кожные и венерические болезни, вызываемые главным образом неблагоприятными условиями крестьянского быта или запущенные женские болезни, слишком часто наблюдаемые у крестьянок и казачек, подверженных калечению бабок и всяких знахарей при отсутствии на селе широко развернутой сети консультаций, родовспоможения и т. д. В таких случаях только специальное лечение серными водами, целебными грязями, морскими купаньями может дать быстрое восстановление сил и выздоровление. Вот почему и было решено выделить специальные средства для обеспечения курортного лечения наиболее в этом нуждающимся больным из селений округа.

Отбор больных и отправка на курорты.

В 1925 г. посылка крестьян на курорты принимает организованный характер. На отпущенные Донисполкомом средства Донской Отдел здравоохранения закупил на различных общегосударственных курортах 40 сезонных коек. Кроме того, Народный Комиссариат Здравоохранения закрепил за Донским округом 3 места в Ливадии, в бывшем царском дворце.

Все места были закреплены на срок с 15 мая по 1 июля (полутора-месячный курс лечения).

Участковым врачам было заблаговременно дано распоряжение приступить к отбору нуждающихся в курортном лечении крестьян и казаков. В начале мая специальные врачебные комиссии в районах производили отбор больных на курорты; 12-го мая все отобранные больные с‘ехались в Ростов. Больные посетили окружной Дом санитарного просвещения, где им раз‘яснили значение лечения на курортах.

13-го мая больные раз‘ехались: часть в Геленджик, часть в Сочи (курорты на побережьи Черного моря), а трое в Ливадию (в Крыму). Стоимость проезда и суточные Донздравотдел выдал всем больным на руки.

Распределение курортных мест по районам.

Отправленные больные на курорты распределяются по отдельным районам следующим образом: Азовский район получил 5 мест, Аксайский район—4 места, Батайский—5, Багаевский—2, Ейский — 5, Кущевский—4, Черкасский—2, Мечетинский—3, Семикаракорский—3, Ст. Минской—4 и Константиновский район (тогда еще находившийся в пределах Донского округа)—3 места.

Из всех районов были (в порядке опыта) отобраны исключительно больные туберкулезом, у которых болезнь только в зачатке,

в целях своевременного предупреждения тяжелых осложнений и возможно полного восстановления их здоровья.

Результаты лечения.

Лечение на курортах многим помогло. Пятерых больных пришлось вернуть обратно, так как они подлежали не курортному, а больничному лечению. Это лечение им было обеспечено в Новочеркасской санатории-больнице.

На курортах больные приучались к здоровому и правильному образу жизни, к соблюдению гигиенических правил. По полученным Здравотделом письмам, отдельные больные, по возвращении домой, старались заводить в своем домашнем быту отвечающий санитарным требованиям порядок, и подавали таким образом пример соседям.

50.000 рублей на курортную помощь крестьянам и казакам.

В предстоящем сезоне 1926 года курортная помощь будет значительно расширена. Донисполкомом ассигновано по бюджету 50.000 рублей. Таким образом представится возможность провести через курс курортного лечения до 200 крестьян и казаков округа. Предположено использовать в первую очередь Ейский курорт, отличающийся редкими целебными свойствами (серный источник, лечебная грязь, морской пляж) и оказывающий наилучшее лечение больным ревматизмом, кожными болезнями, сифилисом, женскими болезнями и друг.

С'езд особо отмечает открытие крестьянских курортов в Союзе, в дворце бывшего царя и в особняках великих князей и капиталистов и считает необходимым дальнейшее расширение курортной помощи крестьянству.

(Из постановлений 1-го Всесоюзного с'езда участковых врачей).

Ейский курорт.

Почему курорт передан Донисполкому.

Среди курортов СССР далеко не последнее место, по своим целебным свойствам, климатическим условиям и выгодному местоположению занимает Ейский курорт. Благодаря своим ценным качествам, курорт этот до самого последнего времени числился в ряду курортов общегосударственного значения, и только в начале текущего года, согласно постановления СНК, передан Северо-Кавказскому Краю. Передача эта была произведена в целях приближения курортной помощи к местному населению и более широкого его обслуживания. В самом деле, опыт показал, что на дальние курорты крестьяне не особенно охотно едут, не желая отрываться от земли в рабочую пору, летом, когда именно курорты более всего могут быть полезны. Кроме того, наблюдение за лечением на дальних курортах местными органами здравоохранения и участие в организации этих курортов широких кругов местного населения исключается за дальностью расстояния.

Северо-Кавказский Краевой Исполком, имея в виду еще большее приближение курортной помощи к населению, передоверил управление Ейским курортом, как находящимся на территории Донского округа—Донскому Исполнительному Комитету. Таким образом, с 1926 года население Донокруга имеет свой и притом чрезвычайно ценный и мощный курорт.

Особенности Ейского курорта.

Основное и главное богатство Ейского курорта заключается в его **серном источнике**, открытом в 1913 году во время бурения артезианского колодца. Исследование этого источника показало, что содержание в воде его сероводорода (который и делает лечебной воду источника) в несколько раз больше, чем в таких известных серных источниках, как например Пятигорск и другие. По количеству лечебной воды—положение в Ейске также весьма благоприятно. Как показали специальные исследования, серный Ейский источник ежедневно может давать до 35000 ведер, что дает возможность свободно отпускать ежедневно не менее 1000 лечебных ванн. Кроме того, скважина, повидимому, имеет постоянное сообщение с Азовским морем, так что источник никогда не может иссякнуть и имеет почти не изменяющийся постоянный химический состав. Помимо серного источника, недалеко от Ейска (30 верст) находится соленое озеро, так называемое Татарское или Ясенское, давно известное своим **лечебными грязями** не только местному населению, но и жителям дальних губерний. Исследование этих грязей показало их высокое качество и целебное свойство при различных заболеваниях.

Кроме серной воды и целебной грязи, Ейский курорт обладает еще одним ценным преимуществом пред другими курортами с серными источниками (Сергиевский, Псекупск, Букс, Тифлис и др.), а именно—**морем**. Значение моря для курорта очень велико: после серного и грязевого лечения нередко полезно купанье в лимане, что при

наличии моря возможно проделать в Ейске-же. Морской пляж в Ейске хороший, а для детей может считаться превосходным. Климат в Ейске умеренно-теплый и довольно ровный, позволяющий проводить курортное лечение с 15 мая—1-го июня и до 15 сентября—1-го октября. Связь Ейска с другими местностями России весьма удобная—железная дорога и пароходное сообщение. Наконец, хорошие квартирные условия и сравнительная дешевизна жизни делают этот курорт в полном смысле слова народным.

Кого лечат в Ейске?

При таких естественных, весьма благоприятных условиях, Ейский курорт может с большим успехом обслуживать очень широкий круг больных, и прежде всего таких, которым показано лечение серными ваннами. Больные с различными хроническими заболеваниями суставов, напр., **ревматизм** (которым так часто страдают крестьяне и рыбаки) и **подагра** под влиянием серного и грязевого лечения в Ейске прекрасно поправляются или получают значительное облегчение и восстановление трудоспособности; весьма хорошие результаты получаются в Ейске при лечении мучительных **женских заболеваний**, столь частых среди казачек и крестьянок (воспаление яичников, матки и т. д.) Большую пользу приносит Ейск при заболеваниях **сифилисом** (в известной стадии) и больным **с параличами** и **полупараличами**: при различных хронических воспалениях со спайками и сращениями тканей серная вода и грязи Ейского курорта также приносят громадную пользу. **Кожные** больные то-же при известных страданиях вылечиваются в Ейске. Кроме этих основных групп болезней, Ейский курорт очень полезен для слабых, **золотушных** детей, для **нервно**-уставших и вообще переутомленных людей, для **выздоравливающих** от тяжелых болезней, которым Ейское море и солнце оказывают быструю и заметную помощь. Таким образом, в Ейском курорте население Донского округа имеет весьма ценную лечебную местность.

Восстановительные работы и новые сооружения.

Донисполком решил широко использовать Ейский курорт для лечения больных Донского округа. Благодаря отпущенным Донисполкомом значительным ассигнованиям, в Ейском курорте в настоящее время ведутся большие ремонтные и восстановительные работы, которые к первому июня должны закончиться.

Особо важное значение имеет бурение новой скважины, которая даст достаточное количество серной воды. Помещение для санаторных больных значительно расширяется (до 150 кроватей, вместо 50 в 1925 г.), морской пляж будет приведен в порядок. Благодаря всем этим мероприятиям, Ейский курорт уже в этом году свободно пропустит 1500 больных, из которых 600 человек пройдут через санаторию; курс лечения—**месячный** или 6-ти недельный. Не позже будущего сезона будет построена **грязелечебница**, которая находится сейчас в здании сернолечебницы, что в значительной мере уменьшает пропускную способность последней. Устройство отдельной грязелечебницы даст возможность еще более увеличить пропускную способность курорта и более рационально проводить и грязелечение и сернолечение.

Курортная помощь крестьянам Донокруга.

На отпущенные ДИК'ом кредиты (50.000 руб.) для курортного лечения крестьян Донского Округа. через Ейский курорт в предстоящем сезоне предположено пропустить до 175 больных, главным образом, ревматиков и с женскими болезнями. По районам места эти распределяются следующим образом: Ейский район отправит 30 боль-

ных, Азовский и Батайский по 20 чел., Новочеркасский; Кущевский, Старо-Минской, Аксайский и Мечетинский по 15, Багаевский и Семикаракорский по 10, а всего 165 и 10 запасных.

На это лечение будет истрачено до 40.000 рублей, остальные ассигнования Донисполкома на курортную помощь пойдут для оплаты лечения на других курортах и на лечение крестьян в Новочеркасской Туберкулезной санатории-больнице.

Кто может получить курортную помощь в Ейске.

Сверх указанной разверстки коек по районам Донского Округа, на Ейском курорте будут сдаваться платные койки по договорам с различными организациями, а также отдельным лицам из расчета 135 рубл. в месяц трудовому населению (члены профсоюзов и их семьи инвалиды, учащиеся, крестьяне по удостоверениям КОВ'ов и т. д.) и 190 рубл. в месяц—для нетрудового. В курс лечения входит содержание на койке, питание, пользование серными и грязевыми ваннами, морским купанием (по указаниям врачей-специалистов курорта).

Таким образом, население Донского округа получает в свое распоряжение ценнейший по своим лечебным свойствам курорт, который при надлежащем своем развитии даст широкую возможность трудовому населению округа восстанавливать свое здоровье и трудоспособность, не отрываясь от родных мест и не тратя больших денег на поездки для лечения на дальние курорты.

Организацией крестьянских курортов мы начали невиданное в политической и медицинской истории дело.

...Начало сделано. Надо только, чтобы развертывание этого дела было проведено с той серьезностью, которой оно заслуживает.

Н. СЕМАШКО.

Бюджет Донского Окружного Отдела Здравоохранения на 1925-26 год.

В прошлом, 1924-25 году [1]), по всему Донскому округу, т. е. по г. Ростову и районам вместе, Донздравотделом было израсходовано 4.131.000 руб. [2]). На текущий год смета Донздравотдела сведена в общей сумме 5.729.000 руб; таким образом **по сравнению с прошлым годом бюджет Донздравотдела по Донскому округу вырос на 39%.**

За счет каких источников произошел вышеуказанный рост средств?

Бюджет Донзравотдела, как и всех других органов Наркомздрава, слагается из средств трех видов:

а) **Государственного бюджета**, т. е. из средств, отпускаемых Центральным Советским правительством за счет общих доходов Республики;

б) **Местного бюджета**, т. е. из средств, отпускаемых Донским Окружным Исполнительным Комитетом за счет доходов Донского округа и

в) **Страховых сумм**, отпускаемых Донской Страхкассой за счет страховых средств по лечебно-страховому фонду (для улучшения медпомощи застрахованным).

В прошлом году эти три источника для Донздравотдела по всему округу в целом дали:

Госбюджет	167.000 р.,	т. е. 4%	общей сумм. средств
Местн. бюджет . .	2.125.000 р.,	т. е. 51%	" " "
Леч. Страх. фонд .	1.839.000 р.,	т. е. 45%	" " "
Всего . .	4.131.000 руб.		

В текущем году из этих же источников Донздравотдел по своим сметам получает:

по госбюджету . .	264.000 р.,	т. е. 5%	общей сум. средств
по местн. бюджету	3.098.000 р. [3])	т. е. 54%	" " "
по леч. страх. фонд	2.367.000 р. [4])	т. е. 41%	" " "
Всего . .	5.729.000 руб.		

[1]) Хозяйственный и сметный год начинается с 1 октября и продолжается до 1 октября следующего года.

[2]) В настоящей статье суммы везде выражены в тысячах рублей, а проценты в целых числах.

[3]) В части местных средств приводимые данные несколько расходятся с годовым утвержденным бюджетом, так как здесь учтена позднейшая корректировка бюджета, произведенная Донисполкомом в связи с передвижением средств на дотации районам и др.

[4]) Данные по лечебно-страховому фонду за текущий год взяты: по г. Ростову на основе ориентировочной годовой суммы Страхкассы—1.884.000 руб., а по районам—на основе отчетных данных районных страхпунктов за первые 4-5 месяцев текущего года.

Таким образом по сравнению минувшего года с текущим средства Донздравотдела по округу выросли:

в части госбюджета	на 53%
в части местн. бюджета	на 46%
в части леч. страх. фонда	на 29%

Главным источником средств для Донздравотдела является, таким образом, местный бюджет.

Необходимо поэтому установить, какова роль здравоохранения в местном бюджете Донского округа, т. е. какая доля его средств принадлежит здравотделу—по сравнению с другими отраслями народного хозяйства.

Прежде всего надо указать, что наш местный бюджет распадается на четыре основные части, а именно:

1. Бюджет окружного города—т. е. г. Ростов на-Д.

2. Бюджет районных городов (Новочеркасск, Ейск и Азов).

3. Бюджет районов—без названных городов и

4. Бюджет окружной (к окружной смете относится содержание Управления здравотдела, 2-х Новочеркасских психиатрических больниц, районной санитарной организации и друг. учреждений, которые хотя и находятся в районах, но обслуживают округ в целом и управляются и содержатся непосредственно окружным центром).

Рассматривая вопрос **о доле средств местного бюджета, отпускаемых на нужды здравоохранения** устанавливаем, что оно занимает:

В бюджете г. Ростова	21%
„ районных городов	24%
„ районов	12%
„ округа	16%
В среднем по округу	18%

По отдельным районам процент трат на нужды здравоохранения рисуется в следующем виде:

По районным городам:

1. Новочеркасск	33,54%
2. Азов	21,78%
3. Ейск	15,59%

По районам без городов:

1. Мечетинский 19,75%
2. Аксайский 15,74%
3. Батайский 15,62%
4. Семикаракорский 15,16%
5. Багаевский 15,16%
6. Кущевский 14,38%
7. Ст.-Минской 13,57%
8. Ейский 12,23%
9. Азовский 12,02%
10. Новочеркасский 4%

Необходимо имет в виду: а) что по некоторым районам процент здравоохранения в бюджете поднялся исключительно, благодаря внесению в районный бюджет дотации из сметы ДООЗ'а (о ней см. ниже); так, например, названный процент до переброски дотации ДООЗ'а составлял:

По Мечетинскому району 14%
„ Семикаракорскому району 13%
„ Багаевскому „ 14%
„ Батайскому „ 13%
„ Аксайскому „ 14%

б) что по Новочеркасскому району—процент равен четырем, в виду включения Донфинотделом в районный Новочеркасский бюджет содержания детских домов (за счет окружных средств), без какового доля участия здравоохранения в Новочеркасском районном бюджете составит не четыре, а восемнадцать процентов.

Как расходует Донздравотдел все свои средства, как распределяет он их между различными отраслями своей работы?

Смета на **лечебное дело** (больницы, амбулатории и т. д.) составляет 4.500.000 руб., т. е. 79% общей суммы средств; на **санитарно-профилактические мероприятия** (санитарные врачи, школьно-санитарные врачи, диспансеры, дезинфекционные камеры и т. д.)—1.229.000 руб., т. е. 21%, из них на охрану материнства и младенчества (ясли, консультации и т. д.)—372.000 руб., т. е. 6%

Как распределяются средства по здравоохранению в Донском округе между городом Ростовом и районами?

На долю г. Ростова приходится:

Из госбюджета . . .	141.000 р.	т. е.	4%
„ местного бюджета	1.838.000 р.[1]	„ „	47%
„ страхового фонда	1.884.000 р.	„ „	49%
Итого . .	3.863.000 р.		

На долю районов приходится:

Из госбюджета . . .	123.000 р.	т. е.	6%
Из местн. бюджета:			
По окружной смете .	273 000 р.	т. е.	15%
„ районным сметам	987.000 р.	„ „	53%
„ леч. страхов. фонда	483.000 р.	„ „	26%
Итого . .	1.866.000 р.		

Если рассматривать средства самих районов (т. е. складывая районный бюджет и их лечебно-страховой фонд), то по отдельным районам получаем следующий размер средств на здравоохранение:

№№ по пор.	НАЗВАНИЕ РАЙОНА	По смете район. городов	По район. смете	Итого по местному бюджету	По леч. страхов. фонду	ИТОГО
1	Новочеркасский район	233.000	45.000	278.000	127.000	405.000
2	Ейский „	103.000	73.000	176.000	117.000	293.000
3	Азовский „	50.000	47.000	97.000	72.000	169.000
4	Кущевский „	—	73.000	73.000	49.000	122.000
5	Мечетинский „	—	81.000	81.000	24.000	105.000
6	Батайский „	—	74.000	74.000	20.000	94.000
7	Ст.-Минской „	—	61.000	61.000	31.000	92.000
8	Аксайский „	—	58.000	58.000	29.000	87.000
9	Багаевский „	—	48.000	48.000	8.000	56.000
10	Семикаракорский „	—	41.000	41.000	8.000	47.000
		386.000	601.000	987.000	483.000	1470.000

Районный бюджет здравоохранения Донского округа крепнет с каждым годом, но он все еще далеко недостаточен и не в состоянии дать деревне надлежащей медицинской помощи. В целях всемерной поддержки нужд сельского населения, Донздравотдел провел следующие меры:

1) рассмотрение районных бюджетов в части здравоохранения происходило в Донской Бюджетной комиссии при

[1] К средствам г. Ростова отнесены проходящие по окружной смете расходы по содержанию Управления ДООЗ'а.

непосредственном участии Донздравотдела. Кроме того, сверх первоначальных сметных ассигнований, к моменту утверждения районных бюджетов, **выделены дотации на дело здравоохранения** в районах в следующих суммах (на ремонты, дополнительный штат и т. д.).

I	Мечетинскому району	30.486 р.
	(в том числе на постройку больницы	30.000 р.)
II.	Аксайскому району	5.306 р.
III.	Семикаракорскому району . .	4.592 р.
IV.	Багаевскому „ . .	3.479 р.
V.	Батайскому „ . .	2.903 р.
VI.	Азовскому „ . .	2.803 р.
VII.	Новочеркасскому „ . .	2.591 р.
VIII.	Кущевскому „ . .	1.398 р.
IX.	Ст. Минскому „ . .	403 р.
	Итого всем районам . .	53.961 р.

2) Помимо этого, **по окружной смете Донздравотдела предусмотрен ряд специальных мероприятий в интересах деревни:**

Ассигновано для посылки крестьян на курорты . . . . 50.000 р.

Организован акушерский техникум (школа) для крестьянок . . . 4.000 р,

Предусмотрены и другие мероприятия:

Специализация (научное усовершенствование) врачей для деревни, глазной отряд, усиление работы по санитарному просвещению в деревне и другие—на сумму—34.000 р.

3) Необходимо также иметь в виду, **что и городская сеть—в г. г. Ростове, Новочеркасске, Ейске и Азове—частично обслуживает крестьян округа,**—оказывая им коечную помощь в городских больницах. В отношении больниц г. Ростова Донздравотделом проведена броня (закрепление) коек для крестьян: так, по постановлению Донисполкома 50% средств на Ростовскую Психиатрическую больницу и 15% средств на все прочие больницы должны быть использованы для нужд сельского населения; названная броня составляет, примерно, 160.000 руб.

Что касается постановки медпомощи в окружном центре, т. е. в Ростове, то, сравнивая ее с прошлым годом, достаточно обратить внимание на следующие цифры: в 1924/25 г. на нужды медико-санитарного дела в г. Ростове было израсходовано 2.875 руб., в текущем году на ту же цель ассигновано по сметам 3.863 р., т. е. на 34% более.

ВЫВОДЫ:

1. Финансовая база здравоохранения на Дону по сравнению с прошедшим годом выросла и окрепла.

2. В настоящее время по Донскому округу смета здравоохранения состоит на $^{3}/_{5}$ из бюджетных сумм и на $^{2}/_{5}$ из страховых.

3. Приведенные данные подчеркивают то значение, какое еще имеет в деятельности здравоохранения чисто лечебное дело. Тем не менее рост профилактической (предупредительной) медицины также совершенно очевиден, особенно по сравнению с довоенным временем, когда, например, учреждений по охране материнства и младенчества на Дону почти не существовало, а о таких организациях, как диспансеры и ночные санатории, еще и речи не было.

4. Тот значительный рост бюджета, который мы наблюдаем для данного года по здравоохранению Донского округа происходит в обоих направлениях: в отношении нужд города и деревни.

Ведомство здравоохранения, ведомство народного просвещения имеют такой рост смет, какого не имеет ни одно из ведомств. Я утверждаю, что это только начало. Дальнейшее увеличение бюджетных ассигнований по линии культурной работы гарантировано полностью и из года в год оно будет итти поступательно в таких размерах, в каких это будет позволять совокупность источников, составляющих наш бюджет.

ЦЮРУПА.

(Из речи на 1-м Всесоюзном с'езде участковых врачей).

Постановление XII Всероссийского С'езда Советов

по докладу Народного Комиссариата Здравоохранения.

Заслушав доклад Народного Комиссариата Здравоохранения, XII Всероссийский С'езд Советов:

I. Констатирует, что:

1. Всероссийский Центральный Исполнительный Комитет и Народный Комиссариат Здравоохранения совершенно правильно наметили широкую программу оздоровления трудящихся, включающую в себя:

а) организацию лечебно-санитарной сети, обеспечивающей трудящихся бесплатной квалифицированной и общедоступной медицинской помощью;

б) оздоровительные (профилактические) мероприятия на основах оздоровления труда и быта рабочих и крестьян;

в) широкое вовлечение самих трудящихся в дело охраны их здоровья и широкую санитарно-просветительную работу среди них.

2. Осуществление этой программы возможно лишь при полном сосредоточении управления всеми отраслями здравоохранения в одном органе—Народном Комиссариате Здравоохранения—как в центре, так и на местах. Принцип единства медицины, вполне оправдавший себя, должен остаться незыблемым.

II. Устанавливая успехи, достигнутые в общем деле оказания лечебной помощи городскому населению, и в особенности застрахованным, и считая, что в дальнейшем эта работа должна итти, главным образом, по линии углубления и улучшения существующей организации и усиления квалификации медицинской помощи, С'езд Советов отмечает продолжающееся тяжелое положение сельской медицины и считает первоочередной задачей улучшение охраны здоровья крестьянского населения. Сельская сеть должна развиваться на основах построения нормальной сети сельских врачебных участков волостного типа с обязательной больницей на волость и соответствующим увеличением числа больниц на район.

Материальная база дела здравоохранения в сельских местностях должна быть усилена путем укрепления местного и, в частности, волостного бюджета и расширения долевого участия государства (субвенции) в поддержании сельской сети (на ремонт и строительство больниц, содержание медицинского персонала и т. д.), вполне оправдавшего себя на отчетный период.

III. Приветствуя идеологический сдвиг во врачебных массах, отдающих свои силы служению великой революции, и отмечая героическую работу работников здравоохранения в тяжелые годы эпидемий, С'езд Советов считает необходимым решительное улучшение быта и материального положения медицинских работников, особенно в сельских местностях. В частности, С'езд считает необходимым увеличить заработную плату медицинским работникам с доведением ее по мере укрепления государственного и местного бюджета до среднего уровня в промышленности; принять все меры к обеспечению нормальной

работы сельского медицинского персонала, в частности, предоставляя ему также жилище, отопление, транспорт и специальную одежду для раз‘ездов по участку; предоставлять врачам, особенно работающим на участках, периодические командировки для усовершенствования; облегчить прием детей сельских медицинских работников в средние и высшие учебные заведения, обеспечив их по возможности стипендиями. С‘езд поручает Народному Комиссариату Здравоохранения принять меры к более равномерному распределению врачей между городом и деревней и к большему снабжению врачами сельских участков.

IV. С‘езд Советов с удовлетворением отмечает значительное улучшение эпидемического состояния республики и снижение ряда эпидемий последних лет. Борьба с малярией, продолжающей еще подрывать здоровье населения и хозяйственные силы страны, является первоочередной задачей органов здравоохранения. С‘езд подтверждает необходимость более широкого участия других ведомств и хозяйственных органов в борьбе с малярией, а также обязательный учет в местных бюджетах расходов, связанных с противоэпидемическими мероприятиями, в том числе с борьбой против малярии. С‘езд считает необходимым включение в государственный бюджет на 1925—26 год соответствующей суммы на гидротехнические и другие оздоровительные мероприятия.

V. Старый строй царя, помещиков и капиталистов оставил в наследие массовое распространение социальных болезней (сифилис, туберкулез и трахома); империалистическая война еще более содействовала распространению этих болезней в РСФСР так же, как и во всей Европе.

С‘езд Советов считает, что борьба с этими болезнями является задачей государственной важности, и подтверждает необходимость принятия мер к всестороннему укреплению существующей сети противотуберкулезных и противовенерических учреждений и расширению сети государственных и местных противотуберкулезных и противовенерических диспансеров, являющихся основными факторами в деле успешной борьбы с этими заболеваниями и усиления борьбы с сифилисом в деревне.

VI. Считая, что оздоровление населения возможно лишь при широком развитии предупредительных мероприятий, С‘езд Советов одобряет деятельность Народного Комиссариата Здравоохранения, направленную на сочетание лечебной деятельности с задачами по предупреждению заболеваний и на борьбу с вредными для здоровья условиями труда и быта и по вовлечению всего населения в дело охраны его здоровья.

В первую очередь, эти предупредительные мероприятия должны охватить охрану материнства, младенчества и детства, борьбу с социальными, бытовыми и профессиональными болезнями, санитарно-просветительную работу.

VII. Отмечая, что в борьбе с высокой детской смертностью дело охраны материнства и младенчества приобретает особое значение, и констатируя значительные достижения в этой области, С‘езд Советов считает необходимым усиление государственной помощи в этом деле, а также обращает внимание местных органов власти на необходимость развития работы по охране материнства и младенчества, преимущественно путем распространения сети учреждений открытого типа (консультация, ясли), особенно продвигая ее на село и включая в сметы исполнительных комитетов соответствующие кредиты.

Первоочередной задачей С'езд считает развитие акушерской помощи в сельских местностях, являющейся одним из основных факторов в деле охраны материнства и младенчества.

VIII. Принимая во внимание особенно важное значение оздоровления подрастающего поколения, здоровье которого подорвано пережитыми тяжелыми годами войны, эпидемий, голода, С'езд Советов признает необходимым дальнейшее развитие на государственном и местном бюджете сети учреждений по охране здоровья детей и подростков (амбулаторий-диспансеров, лесных школ, санаторий и т. д.), широкое развитие детских площадок, как формы оздоровительной работы, наиболее доступной во всех местностях, вплоть до села.

Особо важное значение приобретает систематическое наблюдение за состоянием и охраной здоровья работающей молодежи. Поэтому С'езд считает необходимым углубление производящегося ежегодно медицинского освидетельствования подростков, распространяя его и на работающую в деревне молодежь.

Имея в виду громадное значение пионерского движения, С'езд считает необходимым принятие ряда мер к укреплению здоровья юных пионеров, в частности, к усилению систематического медицинского надзора, гарантирующего нормальное развитие подрастающего поколения.

IX. Исходя из того, что работа по физической культуре является основным звеном охраны здоровья детей и юношества и оздоровления населения вообще, считая, что физическая культура является могучим фактором в борьбе за новый, здоровый быт, С'езд Советов обращает внимание центральных и местных органов власти на усиление работы по проведению физической культуры; С'езд указывает, что лишь при активном участии общественных организаций, и в первую очередь комсомола, физическая культура может получить массовое распространение и достигнуть цели действительного оздоровления трудящихся.

X. Констатируя рост лечебной организации и повышение квалификации лечебного дела, С'езд Советов отмечает резкую недостаточность психиатрической помощи и признает неотложной государственной задачей улучшение этой стороны деятельности Народного Комиссариата Здравоохранения.

XI. Отмечая проделанную Народным Комиссариатом Здравоохранения работу по восстановлению трудоспособности инвалидов труда и войны, С'езд Советов вместе с тем констатирует недостаточное снабжение протезами инвалидной массы и считает необходимым принятие мер к улучшению этого снабжения.

XII. В виду своеобразных условий жизни и быта национальных областей и республик, их культурной отсталости, высокой заболеваемости, являющейся следствием векового угнетения их при старом строе, С'езд Советов признает необходимым развить медикосанитарную сеть в таких местностях, с обращением особого внимания на сельскую медицину.

Недостаток медицинских работников, знающих местный язык, требует усиления командирования лиц туземного происхождения на медицинские факультеты и увеличения для них количества стипендий в медицинских высших учебных заведениях, а также открытия медицинских техникумов, особенно акушерских школ на местах.

В виду высокой заболеваемости среди населения национальных областей бытовыми и социальными болезнями, С'езд Советов считает необходимым усиление там борьбы с этими болезнями, развитие санитарного просвещения и издание санитарной литературы на местных языках.

Устанавливая определенные достижения в области здравоохранения, благодаря оказанной государственной помощи, С'езд Советов считает необходимым в дальнейшем отпуск государственных средств на улучшение медико-санитарного дела республик и областей, а также губерний, имеющих в составе населения национальные меньшинства.

XIII. Отмечая усиление заболеваемости населения в связи с прошлым недородом и констатируя значительную помощь в борьбе с его последствиями, С'езд Советов предлагает Всероссийскому Центральному Исполнительному Комитету обратить особое внимание на дело здравоохранения в неурожайных губерниях. С'езд Советов отмечает значительную работу Российского Общества Красного Креста в связи с последствиями неурожая и предлагает всем органам власти оказывать Российскому Обществу Красного Креста всемерное содействие в его работе.

XIV. Так как залогом успешной борьбы с эпидемиями, с социальными болезнями является правильное построение санитарного аппарата, С'езд Советов считает неотложной задачей осуществление установленных норм государственной и местной санитарной организации, а также улучшение материального положения санитарных врачей и усиление подготовки их. С'езд Советов обращает внимание на необходимость широкого развития санитарно-просветительной работы, особенно в сельских местностях, в частности, путем постоянного участия сельского медицинского персонала в работе избы-читальни.

XV. С удовлетворением констатируя улучшение санитарного и эпидемического состояния Красной армии и флота, С'езд Советов считает необходимым на ряду с дальнейшей работой в этом направлении обратить внимание на неотложность обеспечения должной постановкой здравоохранения контингентов, обучаемых в пунктах допризывной подготовки, и переменного состава территориальных частей в период между. сборами.

XVI. Признавая крупное значение курортного дела в области оздоровления трудящихся Союза Советских Социалистических Республик, С'езд Советов считает необходимым дальнейшее расширение курортного лечения, еще большую доступность его для трудящихся, и в частности, расширение курортной помощи крестьянскому населению. Отмечая неисчерпаемые курортные богатства Союза, С'езд Советов считает необходимым поставить курортное дело на твердую материальную базу и придать ему соответствующие организационные формы. С'езд Советов поручает Всероссийскому Центральному Исполнительному Комитету войти в рассмотрение вопроса о дополнительном ассигновании на курортное дело.

XVII. С'езд Советов, констатируя улучшение в деле снабжения медицинским имуществом, все же указывает на недостаточность снабжения лекарствами и признает необходимым дальнейшее развитие фармацевтического производства в стране и принятие ряда мер к улучшению лекарственного снабжения, особенно в сельских местностях. С'езд Советов подтверждает необходимость бесплатной лечебной помощи трудящимся города и деревни.

XVIII. Для осуществления всех перечисленных задач, С'езд Советов считает необходимым, по мере роста государственного бюджета, укрепление финансовой базы Народного Комиссариата Здравоохранения как по государственному, так и по местным бюджетам.

Учитывая важное значение оздоровительных мероприятий в деле экономического и культурного под'ема страны и считая дело здравоохранения неот'емлемой частью борьбы на культурном фронте, С'езд

Советов обращается с призывом ко всем органам Советской власти в центре и на местах, ко всем партийным, профессиональным, общественным и кооперативным организациям, ко всем рабочим и крестьянам республики отдать максимум сил и средств на дело оздоровления населения.

Председатель XII Всероссийского С'езда Советов *М. Калинин.*

Секретарь XII Всероссийского С'езда Советов *А. Киселев.*

11 мая 1925 года, Москва.

Постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР.

Об обеспечении сельских местностей медицинской помощью и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала.

Во исполнение постановления XII Всероссийского С'езда Советов, Совет Народных Комиссаров РСФСР постановляет:

1. Учитывая крайнюю недостаточность обеспечения сельского населения квалифицированной медицинской помощью и необходимость проведения оздоровительных мероприятий среди населения сельских местностей, поручить Народному Комиссариату Здравоохранения разработать основы построения нормальной организации здравоохранения в сельских местностях и план заполнения сельской сети медицинским персоналом на ближайшие три года.

2. Предоставить Народному Комиссариату Здравоохранения право направлять по окончани курса в порядке постановления Совета Народных Комиссаров от 4 июля 1923 года о возмещении личным трудом государственных стипендиатов-студентов Высших Учебных Заведений расходов, понесенных государством на их содержание (С. У. 1923 г., № 66, ст. 643) тех врачей, которые при прохождении курса медицинских факультетов пользовались государственной стипендией,— на работы в первую очередь в сельские местности.

Примечание: Народному Комиссариату Здравоохранения по соглашению с Народными Комиссариатами Просвещения и Труда РСФСР, а также с Всесоюзным Центральным Советом Профессиональных Союзов поручается издать инструкцию о порядке проведения обязательной государственной службы бывших государственных стипендиатов.

3. Откомандирование по окончании университетского курса для усовершенствования или специализации в клиники, научные институты Народного Комиссариата Здравоохранения и лечебно-санитарные учреждения применять в первую очередь в отношении лиц, давших обязательства по окончании срока командировки работать в сельской местности, или же в отношении тех медицинских работников, которые уже работали в селе.

Примечание: Лица, оставленные для дальнейшей научной работы в перечисленных выше учреждениях, могут быть освобождены от обслуживания сельской местности по соглашению Народных Комиссариатов Здравоохранения и Просвещения.

4. Обеспечить участковый квалифицированный медицинский персонал бесплатными квартирами, отоплением и освещением, транспортными средствами для раз'ездов по участку, а также специальной одеждой, согласно нормам, утверждаемым Народным Комиссариатом Труда РСФСР, для чего предложить местным исполнительным комитетам включить в свои расходные бюджеты соответствующие суммы.

5. Исполнительным Комитетам включить в местный бюджет расходы по удовлетворению квалифицированного медицинского персонала, приглашаемого для работы в сельскую местность, под'емными, проездными и суточными в размерах, предусмотренных кодексом законов о труде, а также по обеспечению участков медицинской литературой.

6. Установить для участковых врачей три периодических прибавки жалования (в размере 20 процентов основного оклада) за каждые три года участковой работы, начиная исчисление срока участковой службы со дня издания настоящего постановления.

7. Медицинскому персоналу, проработавшему на участке не менее трех лет, предоставить преимущественное право на занятие должностей в городских лечебно-санитарных учреждениях.

8. Врачам, работающим на участке не реже, чем каждые пять лет, предоставляются научные командировки сроком не менее, чем на три месяца, за счет Народного Комиссариата Здравоохранения по его смете.

За командируемыми врачами сохраняются полностью получаемое им содержание и квартира со всеми коммунальными услугами.

9. Предоставить детям сельских медицинских работников, проработавших на селе при советской власти не менее трех лет, льготные условия для поступления в высшие учебные заведения, техникумы и школы I и II ступени, а также бесплатное обучение в них, обеспечив их, по возможности, стипендиями.

П р и м е ч а н и е: Народному Комиссариату Здравоохранения по соглашению с Народным Комиссариатом Просвещения поручается издать инструкцию по применению настоящей статьи.

10. Поручить Народному Комиссариату Здравоохранения совместно с Народными Комиссариатами Юстиции и Труда РСФСР издать инструкцию о правах и обязанностях участкового медицинского персонала.

11. Перечисленные в примечаниях в ст. ст. 2 и 9, а также в ст. 10 настоящего постановления инструкции должны быть изданы в месячный срок.

Зам. Председателя Совета Народных Комиссаров РСФСР *А. Лежава.*

Управделами Совета Народных Комиссаров РСФСР *Смольянинов.*

Москва, Кремль, 2 декабря 1925 г.
Опубл. в Изв. ЦИК СССР № 285 от 13-XII—25 г.

Инструкция о правах и обязанностях участкового медперсонала.

(Сост. на основ. ст. 10-й декрета СНК от 2-го декабря 1925 г. „об обеспечении сельских местностей медицинской помощью“ и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала. С. У. 1925 г. № 90, ст. № 625).

I. Врачи.

1. Врачи сельских врачебных участков выбираются по конкурсу, перемещаются и увольняются уездными (окружными) здравотделами по соглашению с заинтересованными волостными (районными) исполкомами и с ведома Союза, в соответствии с Кодексом Законов о Труде.

Примечание. Разногласия, возникающие в связи с перемещением и увольнением сельских врачей, передаются вышестоящим органам здравоохранения и союзами разрешаются в соответствии с существующими законами.

2. Врач, заведующий участком, устанавливает тесную связь с местными советскими и общественными организациями, участвуя в их работе, и является ответственным лицом за участок в хозяйственном, лечебном и санитарном отношениях и ему подчинен весь персонал.

Примечание. Низший персонал назначается самим врачем—заведующим участком. Заведующий хозяйством назначается врачем по соглашению с волисполкомом. О назначении и увольнении среднего персонала см. главу II настоящей инструкции.

3. Врач, заведующий участковым лечучреждением:

а) устанавливает внутренний распорядок в лечебном заведении.

Примечание. Правила внутреннего распорядка разрабатываются врачем совместно с представителем местного отделения профсоюза и утверждается инспектором труда (ст. 54 Код. Зак. о Труде).

б) в соответствии с правилами внутреннего распорядка распределяет и контролирует работу всего медицинского, санитарного и хозяйственного персонала и следит за точным исполнением ими своих обязанностей;

в) несет законную ответственность за целость, надлежащее состояние и правильное хранение медицинского и хозяйственного имущества в лечучреждениях;

г) врач, заведующий участком, является распорядителем кредитов, следит за ведением медицинской, хозяйственной и финансовой отчетности, составляет сметы на содержание больниц и принимает участие в ее проведении в соответствующих инстанциях;

д) представляет периодические и срочные отчеты, донесения и другие сведения, согласно существующих правил и по отдельным требованиям органов здравоохранения, Исполкомов и органов Юстиции.

4. Проводя свою врачебную деятельность с профилактическим направлением, участковый врач:

а) руководит работой вол. сансовета,

б) имеет наблюдение за появлением и течением эпидемических, социально-бытовых и профессиональных заболеваний, исследует причины появления их, принимает меры предупреждения и участвует в борьбе с таковыми по согласованию с санврачем, а также участвует

в организации и проведении в жизнь обще-оздоровительных и противо-эпидемических мероприятий: прививочные кампании, обследование очагов заразных заболеваний, наблюдение за состоянием жилищ, мест общественного пользования, источников водоснабжения, мест производства, хранения и сбыта пищевых продуктов и проч.,

в) организует и проводит профилактические мероприятия путем санпросвещения, охраны материнства и младенчества, оздравдета и проч., согласно соответствующих инструкций органов здравоохранения.

5. В отношении обслуживания лечебной помощью населения участковый врач обязан:

а) ежедневно, кроме праздничных и выходных дней, производить на медучастке амбулаторный прием больных, при чем как время записи больных, так и время приема твердо фиксируется по соглашению между заведующим участком – врачем и волисполкомом;

Примечание 1. В праздничные и выходные дни, а также в нерабочие часы врач имеет право отлучаться с участка, при чем он оставляет в лечебном учреждении сведения о своем местопребывании на случай экстренного вызова.

Примечание 2. Число часов амбулаторного приема для врача, не заведующего стационаром, не должно превышать 5, а для заведующего стационаром не должно превышать 4-х, что должно быть предусмотрено в правилах внутреннего распорядка.

Примечание 3. Больные, требующие по роду своей болезни экстренной помощи, и тяжело больные принимаются и во внеурочное время, согласно инструкции НКЗдрава.

б) прием и выписка больных в лечебное заведение производится по усмотрению заведующего—врача; при наличии в больнице нескольких отделений по разным специальностям—прием и выписка больных производится заведующим отделением;

в) выезжать для оказания помощи больным на дому в пределах своего участка в случаях, требующих неотложного вмешательства, когда больной без опасности для жизни или явного вреда для здоровья не может быть доставлен в лечучреждение.

К таким случаям относятся: а) патологические роды; б) отравления; в) опасные для жизни кровотечения; г) тяжелые ранения; д) появления эпидемических заболеваний.

Примечание. Врачу, заведующему участком, предоставляется право командировки лиц среднего медперсонала для оказания помощи на дому в зависимости от случая.

6. Врачу при вызовах для оказания помощи на дому должны быть предоставлены транспортные средства.

7. Врач обязан производить освидетельствования и давать заключения о состоянии здоровья лиц, направляемых в лечучреждения для этой цели органами милиции и юстиции, а равно, по предложению последних, производить судебно-медицинские вскрытия трупов, в случае отсутствия в уезде суд. врача и наличия соответствующих инструментов.

8. День и час судебно-медицинского освидетельствования устанавливаются по соглашению между органами дознания или следствия и врачем.

Примечание. Явка врача по вышеуказанным предложениям обязательна лишь при наличии в распоряжении его или при предоставлении ему транспорта и в пределах своего участка, при условии вознаграждения за каждый выезд, согласно норм, установленных НКЗ, НКЮ и ЦК Союза.

9. На обязанности участкового врача лежит выдача удостоверений о болезни, повреждении, лечении, рождении и смерти, в случаях, предусмотренных инструкцией НКЗ „о правилах выдачи медудостоверений“.

10. Все недоразумения, возникающие на почве применения настоящей инструкции, передаются на разрешение вышестоящих органов здравоохранения.

Примечание. Споры, возникающие на почве трудовых отношений, подлежат разбору трудсессии и органов примирительного и третейского разбирательства.

II. Средний персонал (фельдшерицы—ра, акушерки и сестры).

1. Средний медперсонал врачебных участков назначается, перемещается и увольняется Уздравом с согласия врача—заведующего участком, согласно действующих законов о труде и колдоговора.

Примечание. Разногласия, возникшие в связи с приемом, увольнением и перемещением среднего персонала, передаются на разрешение Губздрава совместно с Губотделом Союза в общем порядке.

2. Средний медперсонал находится в непосредственном подчинении врача, заведующего участком, и выполняет работу по его поручению, в соответствии с правилами внутреннего распорядка.

3. Средний медперсонал, являясь помощником врача, несет обязанности по уходу за больными, наблюдая за чистотой и порядком в больнице, выполняет лечебную и другую работу в соответствии с правилами внутреннего распорядка, по поручению и под наблюдением врача.

4. На время отсутствия врача, одно из лиц среднего медперсонала может быть оставлено в качестве его заместителя. В таком случае врач несет законную ответственность за неосмотрительный выбор лица и его последствия.

5. Среднему медперсоналу при выездах для оказания помощи на дому должны быть предоставлены транспортные средства.

6. Лица среднего медперсонала, заведующие самостоятельными фельдшерскими пунктами, в административном и хозяйственном отношении приравниваются к врачам, заведующим участком; в области медицинской своей работы руководствуются соответствующими положениями и инструкциями НКЗ и его органов.

7. Лица среднего медперсонала, заведующие такими пунктами:

а) ведут медицинскую, хозяйственную и финансовую отчетность, представляют периодические и срочные отчеты, донесения и другие сведения, согласно существующих правил и форм;

б) имеют наблюдение за появлением эпидемических болезней, немедленно доводя о появлении их до сведения Уздрава, и участвуют в борьбе с ними.

Народный Комиссар Здравоохранения *Семашко.*

Народный Комиссар Юстиции *Курский.*

Народный Комиссар Труда *Бахутов.*

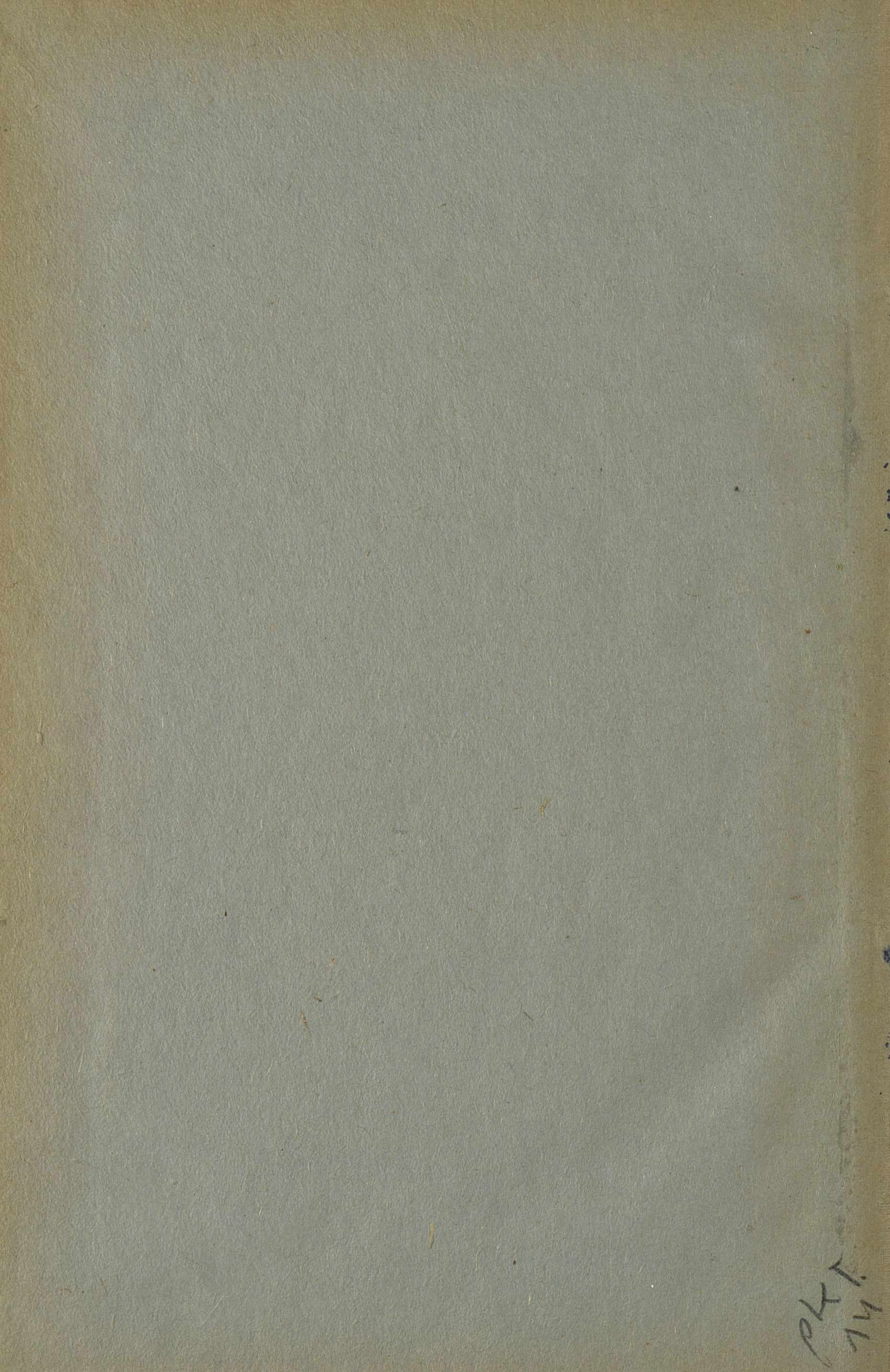
Согласовано с ВЦСПС *Владимиров.*

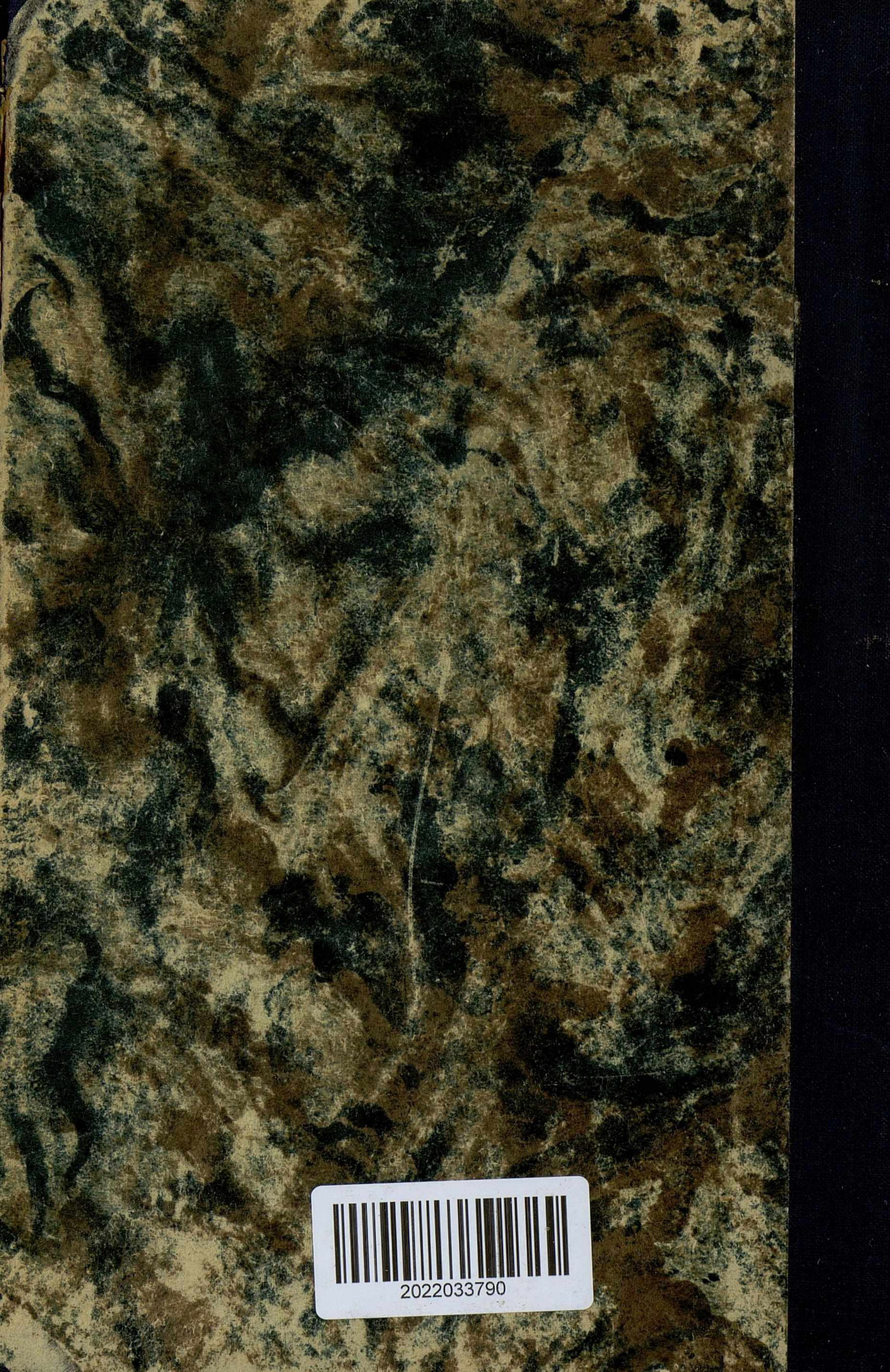
11 марта 1926 года.

Наука раскрывает причины и сущность болезней— коммунизм их уничтожит.

Наука и демократия, знание и труд, вступив в свободный, основанный на взаимном понимании, тесный союз, осененные общим красным знаменем, символом мира всего мира, все превозмогут, все пересоздадут на благо всего человечества.

Проф. К. А. ТИМИРЯЗЕВ.




2022033790